



3 1761 11970298 3



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119702983>

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 21

Thursday, March 22, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 21

Le jeudi 22 mars 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MARCH 22, 1990
(27)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:20 o'clock a.m. this day, in Room 308, West Block, the Vice-Chairman, Nicole Roy-Arcelin, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Nicole Roy-Arcelin and Brian White.

Acting Members present: Jim Karpoff for Joy Langan; Shirley Maheu for Paul Martin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker and Odette Madore, Research Officers.

Witness: As individual: Dr. Robert Y. McMurtry, Professor and Head, Surgery, University of Calgary and Director, Department of Surgery, Foothills Hospital.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Robert Y. McMurtry made a statement and answered questions.

At 10:40 o'clock a.m., the Committee proceeded *in camera* to consider the Eighth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure.

After debate, it was agreed,—That the Eighth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure be concurred in.

At 10:46 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 22 MARS 1990
(27)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 20, dans la pièce 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Nicole Roy-Arcelin (*vice-présidente*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Nicole Roy-Arcelin et Brian White.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Joy Langan; Shirley Maheu remplace Paul Martin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker et Odette Madore, attachées de recherche.

Témoin: A titre particulier: Robert Y. McMurtry, professeur et chef de la Chirurgie, Université de Calgary, et directeur du Service de chirurgie, Foothills Hospital.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Robert Y. McMurtry fait un exposé et répond aux questions.

A 10 h 40, le Comité déclare le huis clos et étudie le Huitième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

Après débat, il est convenu,—Que le Huitième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure soit adopté.

À 10 h 46, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Thursday, March 22, 1990

• 0919

La vice-présidente: À l'ordre!

Mesdames et messieurs, nous pouvons commencer puisqu'il y a quorum. Le Comité permanent reprend son étude du système des soins de santé conformément à l'article 108(2) du Règlement.

• 0920

Nous accueillons ce matin le professeur Robert McMurtry, chef du service de chirurgie de l'Université de Calgary et de l'hôpital Foothills.

Vous avez la parole, docteur.

Professor Robert Y. McMurtry (Head, Department of Surgery, University of Calgary): Madam Chairman, ladies and gentlemen, hon. members, I am delighted to be here and to have this opportunity. I am very excited to be able to speak to this august body on something so very close to my heart, which is health care.

It is, of course, an issue that concerns us all. I am going to try to make as brief a presentation as possible to give you my particular perspective on it against the overview of what I see as the mega-trends that are occurring in health care and what I, as a practising surgeon, am struggling with on a day-to-day basis to try to bring about the maximum benefit for the resources available. So with your permission, I will go straight into this portion of my presentation.

One of the most difficult things to do in health care as in any endeavour, I suppose, is to know how on earth to keep score. How do you know that what you are doing matters and/or makes a difference? On the face of it, it would seem to be a very simple question, but in fact it is not. What we are dealing with is a very complex interaction that has to do with the consumer, the client, the voter, the patient, the public. It has to do with the providers, who are numerous, as we shall see in a moment—there are nearly half a million people employed in health care, and you have received that in previous submissions—and of course, the political and economical sphere because of the enormous impact of health care costs.

Talking about how big the health care business is, those who are directly employed in health care include some 12,030 hospitals, 50,000 physicians and 200,000 nurses, which really represent minimal figures. Also, there are large numbers of RNAs, pharmacists, dentists and lab technicians, and another 3% or 4% of the labour force

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le jeudi 22 mars 1990

The Vice-Chairman: Order, please!

Ladies and gentlemen, since we have a quorum, we can start now. The Standing Committee resumes the study of the health care system pursuant to Standing Order 108(2).

We are welcoming this morning Professor Robert McMurtry, Head of the Department of Surgery, University of Calgary and Foothills Hospital.

You have the floor, doctor.

Le professeur Robert Y. McMurtry (chef du service de chirurgie de l'Université de Calgary): Madame la présidente, mesdames et messieurs, honorables députés, je suis très honoré d'être ici et d'avoir l'occasion de comparaître devant vous. Je suis enchanté de pouvoir m'adresser à cette éminente assemblée sur un sujet qui me tient beaucoup à coeur, à savoir les soins de santé.

C'est naturellement un sujet qui nous préoccupe tous. Je vais essayer de vous présenter rapidement mon point de vue sur ce sujet dans le contexte des grandes tendances que je constate dans le domaine des soins de santé et en fonction des problèmes que je rencontre quotidiennement dans ma pratique de chirurgien lorsque je m'efforce de tirer le meilleur parti des ressources dont je dispose. Avec votre permission, je vais maintenant aborder directement cette partie de mon exposé.

Dans l'étude des soins de santé, comme dans toute autre entreprise, je suppose, le plus difficile est de savoir où on en est. Comment savoir si ce que l'on fait donne des résultats? À première vue, la question paraît simple, mais en réalité, elle ne l'est pas. Nous avons ici affaire à une interaction très complexe faisant intervenir le consommateur, le client, l'électeur, le patient et le public. Il faut aussi tenir compte des fournisseurs, qui sont nombreux, comme nous le verrons dans un instant—le secteur de la santé emploie un demi-million de personnes; on a dû vous le dire au cours des séances précédentes—et naturellement, il ne faut pas oublier les intervenants politiques et économiques, à cause des conséquences énormes du coût des soins de santé.

Disons à propos du gigantisme du secteur de la santé qu'on y trouve environ 12,030 hôpitaux, et que le secteur emploie au moins 50,000 médecins et 200,000 infirmières, auxquels s'ajoutent des infirmières auxiliaires, des pharmaciens, des dentistes et des techniciens de laboratoire en nombre important, ainsi que 3 ou 4 p. 100

[Texte]

are indirectly employed by health care. So it is an extremely important and sensitive issue.

One of the things that is driving concern, that is causing focus for health care, is not only that it affects us all, but that the costs are rising. This has probably provoked the creation of provincial commissions in every province in the country with the exception of Prince Edward Island. Ontario itself has actually had three, as you all know.

One thing that is driving this concern is the operating expenditures. If you look at the yellow line, that is constant dollars correcting for inflation, quite clearly in terms of inflation the costs are rising at a more rapid rate—this is from the standpoint of hospital expenditures, which as you know is approximately half the health care budget from the public sector.

Another phenomenon that is happening that relates to a quarter of the health care sector is that of physicians. Of interest, physicians are increasing at approximately four times the rate of the general population. In 1971 we had approximately one physician per 600 people. As we approached 1986 we crossed the line to where we have far more. We are now down to one per 480 people. What is the ideal number? That has not been established, but certainly with more physicians and providers, that is a driver of costs.

Another one is lab services per capita. You will notice a tremendous increase, and this is per capita. Why should this be? Why is it that we are incurring these sorts of expenses and demonstrating quite a significant increase in laboratory utilization? The scary thing is that at least 70% of laboratory results are not really assessed by the practitioner for a variety of reasons that we can discuss. So expenses are going up, and it does not necessarily always spill over into increased efficacy or better care.

Another growing concern is how health is consuming more and more of provincial budgets. In Ontario, our most populous province, it has increased from 27% to 33% in a 12-year timeframe. Education has declined from 25% to 19%. This is over a 25% loss of resources to that sector.

How are we keeping score of all these sorts of developments? The answer is that we do not have a clear policy. Polls and votes are used a lot to assess the formal reaction to this, but they do not give us definitive information. As I will be emphasizing to you, we are awash in a sea of data, and to some extent information.

[Traduction]

de la main-d'oeuvre employée indirectement par le secteur de la santé. Il s'agit donc d'un sujet très important et délicat.

Ce qui préoccupe les gens et attire leur attention sur le domaine de la santé, c'est non seulement que nous sommes tous concernés, mais également que les coûts de la santé ne cessent d'augmenter. C'est sans doute ce qui est à l'origine de la création des commissions provinciales dans toutes les provinces du pays, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard. Comme vous le savez tous, l'Ontario à lui seul en a eu trois.

Ces préoccupations sont notamment dues aux dépenses de fonctionnement. La ligne jaune, exprimée en dollars constants pondérés en fonction de l'inflation, indique que les coûts de la santé augmentent beaucoup plus rapidement que l'inflation, du moins en ce qui concerne les dépenses des hôpitaux, qui, comme vous le savez, représentent environ la moitié du budget de la santé du secteur public.

On remarque un autre phénomène, qui correspond à un quart du secteur de la santé, à savoir du budget des médecins. Curieusement, leur nombre augmente environ quatre fois plus vite que l'ensemble de la population. En 1971, on avait environ un médecin pour 600 personnes. Vers 1986, il y avait beaucoup plus de médecins, et nous en avons maintenant un pour 480 personnes. Quelle est la proportion idéale? Personne n'a pu l'établir, mais de façon certaine, le nombre des médecins et des pourvoyeurs de soins de santé constitue un facteur d'augmentation des coûts.

On trouve un autre de ces facteurs dans le coût des services de laboratoire par habitant. Vous remarquez ici une augmentation considérable, et ici les coûts par habitant. Pourquoi en est-il ainsi? Comment se fait-il que l'on fasse ce genre de dépenses et que l'on recoure beaucoup plus souvent à des services de laboratoire? Le plus décevant, c'est qu'au moins 70 p. 100 des résultats de laboratoire ne sont pas vraiment évalués par le médecin pour diverses raisons, sur lesquelles nous pourrions revenir. Par conséquent, les dépenses augmentent, mais cela n'occasionne pas toujours une augmentation d'efficacité ou une amélioration des soins.

Ce qui préoccupe également, c'est que la santé accapare une partie toujours croissante des budgets provinciaux. En Ontario, qui a la plus forte population, cette proportion est passée de 27 à 33 p. 100 en 12 ans, alors que l'éducation passait de 25 à 19 p. 100 pendant la même période. C'est une perte de ressources de plus de 25 p. 100 pour ce secteur.

Est-ce que l'on comptabilise tous ces éléments? En fait, il n'y a pas vraiment de politique en la matière. On se sert beaucoup des sondages et des résultats des élections pour évaluer la réaction officielle à l'évolution du secteur de la santé, alors qu'ils ne donnent pas d'informations précises. Je voudrais insister sur le fait que nous sommes

[Text]

But we are lacking in knowledge, in insight, in wisdom. It is this that I wish to focus on.

This world, where we feel somewhat awash, has effects on providers. Take the medical profession, for example. The incidence of substance abuse and suicide is one of the highest in our population, up to 10 times higher than the average. We are seeing a phenomenon, particularly in the United States, where there is a diminishing number of applications of would-be doctors to medical school. There is also an average decline in grades; in other words, how well academically accomplished they are is changing. The average score required to get into medical school is becoming less.

We know it is almost a yearly event to have a nursing strike. We have shortages of nurses, perhaps not so much related to their absolute numbers but rather as to the number of nurses who are remaining on the job as nurses. At least 20% of them are choosing other career paths because of frustrations within the system. Those are but two interest groups, if you will, in the system.

When Marvin Barkin took on the job as Deputy Minister in the Province of Ontario he was handed a book and was told he may be hearing from those people. In that book were 2,200 lobbies identified for the Minister of Health. So the background noise, the forces that are confronting the decision-makers, are enormous. From that perspective as well, decision-making is not a clear and easy process.

How are the consumers feeling? Well, when Edward Pickering did his report in the early 1970s he found a satisfaction rate of 87%. It is very difficult to identify anything else in the public domain that scores quite so highly. I just heard somebody referring to Margaret Thatcher, who now has a 17% approval rating. This provides quite a significant contrast. But the news does not remain good. More current figures show the satisfaction rate is declining: 56% in Canada feel the system is okay, while 42% feel we need to look at it, the system needs repairs.

One can say that this is bad news because it is not as good as it used to be, or one can say that we are doing relatively well compared with other English-speaking countries. In the United States and Britain you can see the figures are much less favourable. The approval rate in the U.S. is 10%, and in Britain 27%. As you know, in the U.S.A. there are fully 35 million to 40 million people who simply do not have access to health care in a meaningful way.

[Translation]

submergés par les données et, dans une certaine mesure, par l'information, mais ce qui manque, ce sont les connaissances, la perspicacité et la sagesse. C'est là-dessus que je voudrais insister.

La situation du secteur de la santé a naturellement des conséquences sur les personnes chargées de dispenser les soins. Prenons la profession médicale, par exemple, où l'on trouve des taux de toxicomanie et de suicide qui sont parmi les plus élevés dans notre population, parfois 10 fois supérieurs à la moyenne. On constate, en particulier aux États-Unis, que le nombre des demandes d'inscription dans les facultés de médecine diminue. Il y a également une diminution des degrés de spécialisation. Autrement dit, le degré de formation des médecins diminue. Par ailleurs, la moyenne des notes exigées pour accéder aux facultés de médecine diminue également.

Nous savons que les grèves d'infirmières sont pratiquement devenues un événement annuel. Il y a une pénurie d'infirmières, peut-être pas quant à l'effectif total de la profession, mais plutôt quant au nombre d'infirmières qui restaient dans la profession. Au moins 20 p. 100 d'entre elles optent pour une autre profession à cause des difficultés qu'elles éprouvent au sein du système. Finalement, les médecins et les infirmières ne constituent que deux groupes d'intérêts au sein du système.

Lorsque Marvin Barkin est devenu sous-ministre de la Santé de la province de l'Ontario, on lui a remis un livre en lui disant qu'il entendrait sans doute parler des gens mentionnés dans ce livre. On y trouvait 2,200 personnes ou groupes de pression reconnus auprès du ministère de la Santé. Par conséquent, les décisionnaires se trouvent confrontés à des pressions énormes. De ce point de vue, les prises de décisions sont complexes et difficiles.

Et qu'en pensent les consommateurs? Lorsque Edward Pickering a présenté son rapport au début des années 70, il a constaté un taux de satisfaction de 87 p.100. Il est très rare de trouver un taux aussi élevé dans le domaine public. Je viens d'entendre parler de Margaret Thatcher, qui ne recueille actuellement que 17 p. 100 d'opinions favorables dans la population britannique. Vous voyez le contraste. Mais les nouvelles ne sont plus aussi bonnes. Les chiffres actuels font apparaître un taux de satisfaction en baisse: 56 p. 100 des Canadiens jugent le système satisfaisant, tandis que 42 p. 100 estiment qu'il faudrait s'en préoccuper et y apporter des améliorations.

On peut considérer qu'il s'agit là de mauvaises nouvelles, car les résultats ne sont pas aussi bons qu'auparavant, mais on peut aussi considérer que nos résultats sont assez bons par rapport à ceux de certains autres pays anglophones. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, les chiffres sont beaucoup moins encourageants. Le taux d'approbation aux États-Unis est de 10 p.100, et en Grande-Bretagne, de 27 p. 100. Comme vous le savez, il y a aux États-Unis 35 à 40 millions de personnes qui n'ont pas véritablement accès à des soins de santé.

[Texte]

Nonetheless, I do not think we can rest on our laurels. I think there is concern among the electorate and the public as to how the health care system is going.

As if the concern itself were not enough, public behaviour is changing. In *The New England Journal of Medicine* in January of 1988, a Mr. Barsky published a document showing that 30 years ago people reported 0.8 major illnesses or significant illnesses in a year. They now report 2.2, when by every objective measure they have better health. So there is a force, if you will, in the marketplace of health care delivery, of patients feeling ill more frequently. Their threshold before calling on the system is reduced.

How do we deal with this? It is often identified as a "political decision", not made so much by the politicians as by administrators trying to balance their budgets. They close beds. This is seen as a way to constrain costs.

But I am convinced it does not work. The reason for this is that my background is both in Ontario, where I graduated from medical school in 1965, and in the west, where I moved in 1988. I have had an opportunity to visit every teaching facility in health care or medicine in the country and some interesting figures shed light on this question of beds.

• 0930

In Alberta the average beds per thousand is 5.9—this is acute-care beds; in Calgary, 5.0; in northern Ontario, 4.0; when I left southern Ontario it was 3.5, and southern Ontario is now down to 2.7. There is no evidence whatsoever that the number of beds per thousand being reduced has actually resulted in savings in health care. The rate of increase in Ontario of cost has not been controlled by this manoeuvre.

The tendency is that at the practice level patients are treated "quicker and sicker". In other words, you move them in and out much more quickly, and what that does is not result in savings but a shifting of stress. It puts more pressure on the in-hospital staff, particularly nurses who are looking after sicker patients. The acuity index of patients in the hospital is rising and therefore the costs are rising, so there are no real savings to be had.

So the costs are felt to be too high and there is a lot of objective evidence to support that. Who is the villain in the piece? Quite often practising physicians feel that they are being signalled out. But I do not think there is

[Traduction]

Quoi qu'il en soit, je ne pense pas que nous puissions nous reposer sur nos lauriers. L'électorat et la population se préoccupent de plus en plus de l'évolution du secteur de la santé.

Comme si ces préoccupations ne suffisaient pas, on constate un changement du comportement du public. Dans le *New England Journal of Medicine* de janvier 1988, un certain M. Barsky publie un article indiquant qu'il y a 30 ans, les gens déclaraient 0.8 maladie grave par an. Ils en déclarent maintenant 2.2, alors que d'après les études objectives, ils sont en meilleure santé. On constate donc que dans le secteur des soins de santé, les patients se sentent plus souvent malades. Il y a donc un abaissement du seuil au-delà duquel ils font appel au secteur de la santé.

Comment faire face à cette évolution? On parle souvent d'une «décision politique», prise non pas tant par les hommes politiques que par les gestionnaires, qui essaient de ne pas dépasser leur budget. La décision de fermer des lits est toujours considérée comme une solution pour limiter les coûts.

Mais d'après mon expérience, aussi bien en Ontario, où j'ai obtenu mon doctorat en 1965, que dans l'Ouest, où je suis installé depuis 1988, je suis convaincu que la solution des fermetures de lits n'est pas efficace. J'ai eu l'occasion de visiter tous les services d'enseignement de la médecine ou des soins de santé au Canada, et j'ai réuni des chiffres qui permettent d'y voir plus clair sur la question des lits.

En Alberta, la moyenne des lits de soins actifs pour 1,000 habitants est de 5,9; à Calgary, c'est 5. Dans le nord de l'Ontario, 4. Lorsque j'ai quitté le sud de l'Ontario, c'était 3,5, alors que dans cette région, la moyenne est maintenant tombée à 2,7. Il n'y a aucun indice, par conséquent, que la réduction du nombre de lits pour 1,000 habitants ait effectivement occasionné des économies dans le secteur de la santé. Mais elle n'a pas permis de maîtriser le taux de croissance des coûts de la santé en Ontario.

Au niveau du praticien, on constate une tendance à traiter les patients plus rapidement et lorsque leur problème de santé est plus avancé. Autrement dit, les hospitalisations se font plus tard et leur durée est plus courte; il en résulte non pas des économies, mais une réorientation du stress. Le personnel hospitalier est soumis à davantage de pressions, en particulier les infirmières, qui ont affaire à des malades plus gravement atteints. L'indice de gravité des problèmes des patients en milieu hospitalier augmente, et donc, les coûts augmentent d'autant, ce qui n'occasionne aucune économie réelle.

On a donc l'impression que les coûts sont trop élevés, ce que l'on atteste par de nombreuses preuves objectives. À qui la faute? Les médecins ont bien l'impression d'être mis en accusation. Mais je ne pense pas que ce soit

[Text]

villainy afoot. I think we have inadequate understanding of what is happening. The tensions that we have in the health care system, and the demands for restraint on cost control, are as yet not yielding a methodology that is going to solve the problem.

So I am just quickly going to go through four steps, looking at a process by which we can have some more definitive answers and how, in particular, it applies to surgery.

The benefit that medicine achieves has been questioned in the most fundamental way. A man named McCowan published this highly popular tract in which he said that for England and Wales from 1800 to the 1970s people have done better and have a longer life. Improved nutrition accounts for 70%; improved physical environment for 20%; reduced family size and improved health care—i.e., immunization—for 10%.

As you can imagine, that provoked a number of articles which decried and contradicted what he speaks of. But with this sort of criticism one would reason that it would be possible to close hospitals. But I think he is asking some very fundamental, important questions.

Kerr White did a similar analysis where he said that the objective evidence for more good than harm in terms of our health care interventions is about 15%. The placebo effect—that is, the idea that you are having something that might help, makes you believe you are being helped—accounts for 50% of what is done. The Hawthorne effect—that is, watching what is happening, having a beneficial effect on the system—accounts for 10% to 20%.

At least he is willing to admit that he cannot account for 20% to 30%. These are extraordinary claims, especially when one is in the trenches and daily being confronted by acutely ill and injured patients.

Another critic is a man named Brown, who was at the University of Calgary. He is a health care economist, and he has traced the rising cost—you can see over a 60-year period that the rise of cost in hospitals and new programs, which is represented in orange, is quite astronomical. The new programs particularly relate to the acute care, coronary care units, intensive care units. There are highly intense programs such as cardiopulmonary bypass and so forth.

You will notice that provider pay scales as a percent of GNP have stayed fairly constant, but there is no question that there is a rise. It used to be 5.3% of the gross national product and we are now pushing 9% in health care.

Professor Brown demonstrated what he felt was an analysis of the difference intervention makes. The general

[Translation]

véritablement une question de faute. En fait, on comprend mal ce qui se passe. Les tensions et la volonté de maîtriser les coûts qui se manifestent dans le secteur de la santé n'ont pas débouché sur une méthode permettant de résoudre le problème.

Je voudrais donc évoquer rapidement quatre étapes dans l'étude d'un processus nous permettant d'obtenir des réponses plus précises, en particulier pour la chirurgie.

On s'interroge fondamentalement sur les résultats positifs de la médecine. Un certain M. McCowan a publié un document fort célèbre dans lequel il disait qu'entre 1800 et les années 70, l'état de santé et l'espérance de vie s'étaient améliorés en Angleterre et au pays de Galles. Cette amélioration est attribuable pour 70 p. 100 à une meilleure alimentation, pour 20 p. 100 à un meilleur environnement matériel, et pour 10 p. 100 au rétrécissement de la famille et à l'amélioration des soins de santé; notamment à l'immunisation.

Comme vous l'imaginez, ce document a suscité un grand nombre d'articles où les affirmations de McCowan étaient contestées. En faisant ce genre de raisonnement, on peut en venir à envisager la fermeture des hôpitaux. Quoi qu'il en soit, je pense que McCowan a posé des questions importantes et tout à fait fondamentales.

Kerr White a fait une analyse semblable dans laquelle il disait que d'après des preuves objectives, la marge des résultats positifs sur les résultats négatifs des interventions médicales était d'environ 15 p. 100. L'effet placebo, c'est-à-dire l'impression de suivre un traitement utile, représente 50 p. 100 des résultats obtenus. L'effet Hawthorne, c'est-à-dire les effets positifs de la simple observation de ce qui se passe, serait à l'origine de 10 à 20 p. 100 des résultats obtenus.

Kerr White est du moins prêt à admettre qu'on ne sait pas à quoi attribuer 20 à 30 p. 100 des résultats. Voilà une affirmation surprenante, en particulier pour le praticien confronté quotidiennement à des patients atteints de blessures ou de maladies graves.

D'autres critiques ont été formulées par M. Brown, économiste de la santé à l'Université de Calgary. Il a comptabilisé l'augmentation des coûts des soins hospitaliers et des nouveaux programmes sur une période de 60 ans. Cette augmentation, indiquée ici en orange, est tout à fait astronomique. Les nouveaux programmes concernent en particulier les soins actifs, les unités de soins coronariens et les unités de soins intensifs, où sont appliqués des programmes très avancés, comme le pontage cardiopulmonaire, etc.

Vous remarquerez que l'échelle de rémunération des fournisseurs de soins de santé est restée assez constante par rapport au PNB, mais on remarque indiscutablement une augmentation. Alors que cette rémunération représentait autrefois 5,3 p. 100 du PNB, elle dépasse maintenant 9, p. 100.

M. Brown a analysé les résultats des interventions médicales. On voit ici l'ensemble de la population

[Texte]

population is represented in green, and as they go along there is a gradual reduction in numbers of people who are alive with the passage of years and due to "natural causes". When people get sick they may be treated or not, and he claims the difference in treated or untreated is marginal—10%.

• 0935

In terms of how he deduces this, he is then apt to quote people like Kerr, White, and McCowan. This is not based on actually looking at a population of people and looking at health care interventions. Nonetheless, the benefit of the health care system is being questioned in a fundamental way. Vladimir Fuchs put it very bluntly: "Modern medicine has reached a point of zero or diminishing returns." He is quite unequivocal in his analysis.

This is a very important concept. It was called the rectangularization of health care—quite intriguing. A man named James Fries, who is in Stanford, developed this. This is a conceptual, not a literal, graph. What he pointed out, if you look at the bottom, is that around 1900 there was a great deal of premature death. On the upward axis, you can see the number of people surviving against age demonstrated a great deal of loss of life at an early stage.

With each passing decade, as we got better and better with our public health and various other interventions, we are finding that premature death is declining. Fries' concept was that if we do everything perfectly then we will live to age 83 in perfect health and then conveniently pass on, and then the system will have a minimum of pressure.

His concept is extremely important because, between 1900 and currently, we have covered 85% of the area. The area in the corner there where we still have premature death relates to two; that is, major injury and neonatal care. In most of the other areas what we are dealing with are chronic diseases with acute episodes intervening. A very important concept.

So these sorts of statements, many of which are debatable, certainly provocative at a minimum, have in fact created something that can be called no less than a third revolution. This is from Arnold Relman, the editor of the prestigious *New England Journal of Medicine*. The first revolution came about with insurance; in the second, I think it is fair to say, there has been a revolt of the players; and the third revolution is measurement and evaluation. We have to prove that what we do makes a difference, but we have not done it. It seems rather obvious that we need to set about and get busy in achieving it.

There have been various attempts to measure and evaluate. One has been done in the United States with a tremendous amount of vigour—and I will be unapologetic

[Traduction]

représentée en vert, qui diminue avec l'augmentation de l'âge; ici, ce sont les décès pour des «causes naturelles». Lorsque quelqu'un tombe malade, il peut se faire soigner ou non, et M. Brown affirme que la différence des résultats entre les personnes soignées et les personnes non soignées n'est que de 10 p. 100.

A la suite de ces déductions, il peut ensuite citer des chercheurs comme Kerr, White et McCowan. Ces résultats ne se fondent pas sur l'examen d'un groupe de personnes ou sur des interventions dans le domaine des soins de santé. Néanmoins, les avantages du régime des soins de santé sont fondamentalement remis en question. Vladimir Fuchs déclare très franchement: «La médecine moderne a atteint un point de rendement nul ou dégressif». Son analyse à cet égard est sans équivoque.

Ce concept très important s'appelle la distribution rectangulaire des soins de santé—très curieux, n'est-ce pas? James Fries, qui travaille à Stanford, a mis au point ce concept. Il s'agit d'un graphique conceptuel, non pas littéral. Si vous regardez au bas de l'écran, ce chercheur a démontré que vers 1900, il y avait un nombre élevé de décès prématurés. Selon l'axe des ordonnées, le nombre de survivants comparativement à l'âge dénote un grand nombre de pertes de vie prématurées.

Au cours des décennies subséquentes, à mesure que la santé publique et divers types d'interventions s'amélioraient, on note un déclin des morts prématurées. Selon le concept de Fries, si tout est parfait, nous vivrons jusqu'à l'âge de 83 ans en excellente santé, puis, de façon fort importune, nous mourrons, et une pression minimale sera exercée sur le système.

Mais son concept est très important, car depuis 1900, nous avons parcouru 85 p. 100 du chemin. Cette zone dans le coin, qui indique les décès prématurés, est attribuable à deux facteurs: les maladies graves et les soins néonataux. Dans la plupart des autres zones, il s'agit essentiellement des maladies chroniques et comportant des périodes aiguës d'intervention. Il s'agit là d'un concept très important.

Donc, de telles déclarations, qui sont au moins provocantes et dont bon nombre pourraient être contestées, ont créé ce qu'on pourrait appeler une troisième révolution. Cette affirmation provient de Arnold Relman, le rédacteur en chef de la prestigieuse revue «*New England Journal of Medicine*». La première révolution a débuté avec le régime d'assurance; pour la deuxième, on peut affirmer qu'il s'agissait d'une révolte des intervenants, et la troisième porte sur les outils de mesure et l'évaluation. Nous devons prouver que nos interventions sont justifiées, mais nous ne l'avons pas fait. Il me semble évident que nous devons nous attaquer à cette tâche.

Diverses tentatives ont été faites à cet égard. On a déployé beaucoup d'énergie aux États-Unis pour essayer d'évaluer le régime de santé. Je vous dirai franchement

[Text]

about telling you that I feel the Canadian system is clearly superior; it is more comprehensive, more universal, more accessible. But what they did in 1984 is they had 96% of unmanaged fee for service being provided to Americans who were employed—this was the program—and 4% were not. They switched in four years where the unmanaged fee for service went down to 28%. You can see all these other alternatives such as preferred provider organizations, health maintenance organizations. There is an alphabet soup, if you will, of alternate payments and approaches.

What happened during those years when they switched and did a very close analysis of utilization is the curve of expenditures in the United States grew more steep. So utilization analysis has not worked. It has been a failure. The expenses continue to rise. In the U.S., as you know, we are looking at 12% to 13% of the gross national product in current figures, a tremendous difference between us and the United States.

In spite of all of this utilization analysis, we are still looking at this kind of worrisome problem, which really strikes close to home for me. What are we doing and why are we doing it? When there was peer review, this was the incidence of unjustified and debatable interventions. Some of those are surgical; some are medical. Bypass, enterarterectomy, and implants are all surgical; angiography and endoscopy are procedures carried out by non-surgeons.

The incredible thing is that 14% to 32% are simply unjustified and 9% to 36% are debatable, which then suggests that we may be as high as 68% for unjustified and debatable; at least that is the worst-case analysis of this. The minimum figure they are talking about is 23%. This is, again, a very provocative statement that demands an answer and response.

As I mentioned, the utilization analysis has not worked out. As one person, Paul Gertman, phrased it, it is mainly "vapourware": there is a perception of intervention, but no change.

So if we are talking about measurement and evaluation, what is the direction we should take, given that we have all of these statements, such as that 10% to 20% of current medical practices are supported by randomized controlled trials? The key is that we must meet this challenge and come up with an alternative. I am just quoting John Wennberg of Dartmouth University, who claims quite simply that the fundamental assessments of whether procedure A or B works simply has not been done. Of course this leads to uninformed anxious patients, sceptical funders, frustrated physicians, besieged health care administrators. Where do we turn?

[Translation]

que selon moi, le régime canadien est nettement supérieur; il est plus complet, plus universel et plus accessible. En 1984, 96 p. 100 des Américains salariés avaient accès à un régime de rémunération à l'acte non réglementé, tandis que 4 p. 100 avaient accès à un régime de rémunération à l'acte réglementé. Au cours des quatre années suivantes, le pourcentage du régime de rémunération à l'acte non réglementé est passée à 28. On peut imaginer toutes les solutions de rechange, comme les organismes spécialisés de soins de santé ou les organismes de préservation de la santé. Il s'agit là d'un mélange de modes de rémunération et de régimes.

Au cours de ces années de changement et d'analyse minutieuse de l'utilisation, la courbe des dépenses aux États-Unis s'est davantage accentuée. Donc, l'analyse de l'utilisation n'a pas donné de résultats concluants. Ce fut un échec. Les dépenses continuent à s'accroître. Aux États-Unis, ces dépenses représentent 12 à 13 p. 100 du produit national brut, en dollars courants. Soit une différence énorme entre le Canada et les États-Unis.

Malgré cette analyse de l'utilisation, nous faisons toujours face à ce problème inquiétant, qui me touche très sérieusement. Quelles sont nos interventions et quelles en sont les justifications? Lorsqu'il y avait revue par les pairs, c'était l'incidence d'interventions non justifiées et discutables. Certaines interventions étaient de nature chirurgicale, d'autres de nature médicale: pontages, entérectomies et implants sont de nature chirurgicale; l'angiographie et l'endoscopie sont des interventions effectuées par des médecins qui ne sont pas chirurgiens.

Fait incroyable, 14 à 32 p. 100 de ces interventions ne sont pas justifiées et 9 à 36 p. 100 sont contestables. Nous obtenons donc un nombre élevé de 68 p. 100 d'interventions non justifiées et discutables; voilà donc l'une des analyses les plus pessimistes. Le pourcentage minimum avancé est de 23. Une déclaration aussi provocante exige que l'on fournisse une réponse.

Comme je l'ai mentionné, l'analyse de l'utilisation fut un échec. Pour reprendre les termes de Paul Gertman, il s'agit d'un «produit fantôme»: on a l'impression que nous sommes intervenus, mais il n'y a aucun changement.

Donc, si nous parlons de mesure et d'évaluation, quelle orientation devrions-nous prendre, étant donné que nous avons tous ces postulats là, notamment que 10 à 20 p. 100 des interventions médicales actuelles sont appuyées par des études sur échantillons aléatoires et contrôlés? Nous devons répondre à ce défi et proposer une solution de rechange. Je reprends les termes de John Wennberg, de l'Université de Dartmouth, qui prétend tout simplement que l'évaluation fondamentale de l'efficacité de l'intervention A ou B n'a tout simplement pas été faite. Il en résulte des patients angoissés et mal informés, des bailleurs de fonds sceptiques, des médecins frustrés et des administrateurs de soins de santé débordés. A qui faire appel?

[Texte]

[Traduction]

• 0940

Well, let us look at how on earth you make the case. How do you set about to deal with this? I am going to go through a model here. If we have a scale on the left, represented by that vertical line, it ranges from pure discomfort, which is when you are subjected to a particularly tedious speaker, to when things are really going well and you might get into a state of relentless ecstasy. But if we are honest with ourselves, we will admit that our lives usually fall somewhere in between. So let us then say on a scale of quality-of-life measure that we are there in the middle. What can happen with the passage of time is that we can get better, we can get worse, or we can stay the same. This is a simple model, but it is an important concept. That square in there represents potential intervention by the health care system.

Now, let us look at disease, represented by a dotted line. There you are starting out at the middle and you become ill. It might be that you develop an inflammatory bowel disease, diabetes, arthritis, whatever, but your quality of life declines with the passage of time. The natural history is you may get steadily worse; you may or you may not. But what the health care system does is intervene, as represented by that box, and it then redirects the way you are heading, and over time you are established at a better quality of life than you would have had.

The difference between natural history and what the health care system accomplishes is utility. That is the usefulness of what we do. And what we have to do is to take that little box and look at the cost, not just in dollars but what it means to the individual and his quality of life, what it means to the system, and what it means to society as a whole. By the system I mean the health care system—the costs incurred, the resources consumed. And when I am talking about society, I mean the person being returned to the work force and being a productive member. That is the analysis we must get into in its simplest forms.

The big question is: does surgery yield a gain in quality of life? The Economic Council of Canada in the fall of 1988 said that it was a matter of some urgency that we look at cost benefit of surgical interventions, especially elective. Good question. How have we done? That is another good question. How have we done in terms of measuring quality of life?

Well, we have these two people from among ourselves, that is surgeons. Gartland, in the *Journal of Bone and Joint Surgery*, in 1988 published a paper in which he looked at the number of papers that address quality of life in a meaningful way, and he found that in 10 years there were three papers that did so. He felt that there was not clear evidence that it was done comprehensively. All the papers, and there were hundreds and indeed thousands, looked at what are called morphological and anatomical

Bon, présentons les faits. Comment aborder ce problème? Je vais vous présenter un modèle. Nous avons une échelle sur la gauche, représentée par la ligne verticale. Cette échelle va de l'inconfort total, par exemple lorsque vous devez écouter un orateur particulièrement ennuyeux, jusqu'à l'extase totale, lorsque tout va bien. Soyons honnêtes: dans nos vies, nous nous situons probablement entre ces deux extrêmes. Donc, sur une échelle servant à mesurer la qualité de la vie, nous nous retrouvons probablement au milieu. Au cours des ans, notre situation peut s'améliorer, s'aggraver ou demeurer stable. Il s'agit là d'un modèle simple, mais c'est un concept important. Le carré représente les interventions possibles du régime de soins de santé.

Prenons une maladie, représentée par la ligne pointillée. Vous voici au milieu du diagramme, et vous tombez malade. Il peut s'agir d'une inflammation des intestins, du diabète, de l'arthrite ou de toute autre maladie; cependant, votre qualité de vie diminue avec le temps. Selon l'expérience, votre état peut continuer à s'aggraver, comme il peut se maintenir. Le système de soins de santé, pour sa part, intervient, comme le représente ce carré, puis vous relance et, avec le temps, vous atteignez une meilleure qualité de vie que ce que vous auriez connu autrement.

La différence entre le déroulement naturel des choses et l'intervention du régime de soins de santé se résume à l'efficacité, efficacité de ce que nous faisons. Nous devons nous pencher sur ce qui se produit à l'intérieur de cette boîte, étudier les coûts, pas uniquement en termes de dollars, mais également en termes de qualité de vie pour la personne, pour le régime et pour la société dans son ensemble. Quand je parle du régime, il s'agit du régime de soins de santé, des coûts engagés, des ressources utilisées. Quand je fais allusion à la société, il s'agit de la personne qui réintègre le marché de l'emploi à titre de membre productif. Voilà, en termes simples, l'analyse que nous avons effectuée.

La question importante est la suivante: est-ce que la chirurgie représente un atout pour la qualité de la vie? À l'automne 1988, le Conseil économique du Canada a déclaré qu'il était urgent que nous étudions les coûts et les avantages des interventions chirurgicales, plus particulièrement les interventions chirurgicales électives. Très bonne question. Quels sont les résultats? Il s'agit également d'une très bonne question. De quelle façon avons-nous réussi à mesurer la qualité de la vie?

Bon, deux chirurgiens se sont penchés sur la question. En 1988, Gartland a publié un article dans le *Journal of Bone and Joint Surgery* dans lequel il recense les articles dont les auteurs ont étudié de façon significative la qualité de la vie. Pour une période de 10 ans, il ne recensait que trois articles. Il était d'avis que rien ne prouvait qu'on avait étudié cette question de façon exhaustive. Tous les articles, des centaines, et même des milliers, portaient sur les résultats morphologiques et anatomiques; autrement

[Text]

outcomes—in other words, does a hip move better and can they walk a little faster?—not the full impact on quality of life.

A person named O'Young, co-authored with McPeck, and looked at 10 years of the literature, five major journals internationally, and found exactly the same thing. This encompassed all the disease processes—cardiovascular, neuro-surgical, auto-laryngological, etc.—head, neck, chest, abdomen, orthopedic, you name it.

So we must look at three spheres when we talk about intervention: the psycho-social, the morphological and physiological, and the role performance of individuals. What, after all, is the use of you going to surgery if it has not helped you? We must therefore develop measurements of quality of life.

So what is the surgical model? What we are saying is we must look at events that occur not in any particular order—they are in the community, in the hospital, and in the operating room—and correlate them in a meaningful fashion. If you look at the operating room in the hospital, that tends to account for the great percentage of the health care costs, the system costs. In the community we must look at what it means to the individual. Of course the whole thing must address societal costs. The interesting thing is that it is possible.

• 0945

At the University of Calgary we are doing something called the surgical process and outcome study. We are looking at why do patients come for surgery. What is the psychological adjustment to illness? Can that have an effect? You bet it can.

Do you know one of the best predictors of outcome in a whole variety of surgeries is not so much what is wrong anatomically but the person's psychological adjustment to illness?

We must look at the surgical process itself. How well was it conducted? Were the goals of the surgery achieved? Of course, we must look at outcomes, not at any one of them in isolation, because that will not work.

On that group that we are looking at, we have the teams. It is a multi-disciplinary event in that we want to achieve effects and side effects. The effects we want to achieve are to be able to do a cost-utility analysis; that is, that when we do surgery, what utility have we achieved? What improvement in quality of life have we achieved, and at what cost? And not just in terms of dollars but of what it has meant to the individual patient.

[Translation]

dit, y a-t-il un meilleur mouvement de la hanche? Le patient peut-il marcher plus rapidement? et non pas sur toutes les incidences sur la qualité de la vie.

Les coauteurs d'un article, O'Young et McPeck, ont dépouillé cinq grandes revues internationales sur une période de dix ans et en sont arrivés aux mêmes conclusions. Cette étude portait sur tous les types de maladies: cardiovasculaires, neurochirurgicales, otolaryngologiques, tête, cou, abdomen, maladies orthopédiques, etc.

Lorsqu'on parle d'intervention, il faut se pencher sur trois aspects: l'aspect psycho-social, l'aspect morphologique et physiologique et le rendement des personnes. Après tout, quelle est l'utilité de la chirurgie si une intervention ne vous est pas profitable? Nous devons mettre au point les outils de mesure de la qualité de la vie.

Quel est donc le modèle en chirurgie? Nous sommes d'avis que nous devons nous pencher sur des événements qui ne se déroulent pas nécessairement dans un ordre précis—dans la collectivité, à l'hôpital et dans la salle d'opération—et établir des corrélations significatives. Prenons la salle d'opération dans un hôpital; cela correspond à un fort pourcentage des coûts des soins de santé, les coûts du régime de soins de santé. Dans la collectivité, nous devons déterminer ce que l'intervention représente pour la personne. Nous devons bien sûr tenir compte des coûts pour la société. Fait intéressant, il est possible de réaliser une telle étude.

À l'Université de Calgary, nous effectuons une étude sur les interventions chirurgicales et leurs résultats. Nous étudions les raisons qui poussent les bénéficiaires à demander une intervention chirurgicale. Quelle est la réaction psychologique face à la maladie? Cette réaction a-t-elle un effet? Vous pouvez être persuadés qu'elle a un effet.

Pour toute une gamme d'interventions chirurgicales, saviez-vous que le meilleur indicateur du résultat n'est pas tant le problème anatomique, mais plutôt la réaction psychologique de la personne face à la maladie?

Nous devons étudier la démarche chirurgicale elle-même. L'intervention chirurgicale a-t-elle été effectuée avec succès? Les objectifs ont-ils été atteints? Nous devons, bien sûr, étudier tous les résultats, non pas de façon isolée, car une telle étude ne serait pas concluante.

Ce groupe se compose d'équipes. Dans cette activité multidisciplinaire, nous voulons atteindre des objectifs principaux et des objectifs secondaires. Selon nos objectifs principaux, nous voulons être en mesure d'effectuer une analyse coût-utilité; lorsque nous procédons à une intervention chirurgicale, nous voulons savoir quelle en était l'utilité? Quelle amélioration à la qualité de la vie avons-nous obtenue, et à quel coût? Nous ne voulons pas obtenir une réponse uniquement en termes de dollars;

[Texte]

We must become much clearer in defining surgical interventions because, remember, we are looking at 25% to 30%, and perhaps a lot more, debatable or unnecessary interventions. The side effects of this are that when you are involved in this process, as every hospital should be, they have a positive effect on quality assurance.

The act of watching the system and being thoughtful in depth about what you are doing has what is called a Hawthorne effect that tends to change behaviour in a positive way. Of course, that whole process becomes very educational.

Where we have begun is with these three procedures because they are very common, they are expensive, they have a lot of significance in terms of the health care system. Coronary bypass, for example, in this country, is probably a \$5 billion to \$6 billion expenditure, so we are talking about very important interventions. There have been estimates, in the American sector at least, that the number of unnecessary bypasses may be as high as 50%.

We really need to come up with some answers. The good news is that organizations such as the American College of Surgeons—by the way, it is a joint Canadian and American organization founded in 1913—has said categorically they are prepared to help identify unnecessary, outdated, inappropriate services on a specialty-by-specialty basis.

The trouble is that people are struggling with exactly how to achieve it. What is being sold very heavily in the United States, and I have seen it in some of your other literature, is looking at outcomes alone. Outcomes alone will not do it.

It is not enough to know the outcome. It is like saying the Canadians lost to Boston 11-0. Somebody wants to know how that happened. Did the Canadians simply go all out for a period? How did that come to pass?

If you only look at outcome you cannot understand how it got there and correct it and change it. If we do an analysis and say that 72% of prosthetectomies are helpful and 28% are not, great; but when I go back into my office how do I know which is which? Outcomes are not enough. They help refine the definition of the problem but do not tell me what to do as a practitioner.

The key thing wrong with just looking at outcomes in isolation is that not all patients, people, and surgeons are created equal. We need to know what is happening that delivers an outcome before we can develop meaningful information.

I will close by saying that we have to learn to keep score on health care a lot better. I think it is also

[Traduction]

nous voulons aussi savoir ce que signifiait l'intervention pour cette personne.

Nous devons adopter des critères plus précis pour définir les interventions chirurgicales, car nous avons un taux de 25 à 30 p. 100, peut-être même plus, d'interventions contestables ou superflues. Il découle accessoirement de ce processus un meilleur contrôle de la qualité, ce qui devrait être le cas dans chaque hôpital.

Observer un régime de soins de santé et réfléchir en détail à ce que nous faisons entraînent un effet de Hawthorne qui a tendance à changer le comportement de façon positive. Toute cette démarche devient alors très instructive.

Nous avons entamé notre démarche avec ces trois interventions, car elles sont très fréquentes, très dispendieuses, et ont une incidence importante sur le régime de soins de santé. Par exemple, les pontages coronariens représentent probablement une dépense de 5 à 6 milliards de dollars au pays; il s'agit donc d'interventions très importantes. Aux États-Unis du moins, on estime que le nombre de pontages inutiles pourrait atteindre 50 p. 100.

Nous devons trouver des réponses. Pour les bonnes nouvelles, l'*American College of Surgeons*—un organisme canado-américain fondé en 1913—a clairement indiqué qu'il est disposé à aider à déterminer les interventions inutiles, périmées et mal à propos en étudiant une spécialité après l'autre.

On se demande justement comment atteindre cet objectif; voilà le problème. Aux États-Unis, on presse les responsables d'étudier uniquement les résultats; on en fait d'ailleurs état dans la documentation scientifique. La seule étude des résultats ne sera pas concluante.

Il ne suffit pas de connaître les résultats. C'est un peu comme si on disait que les Canadiens ont perdu 11-0 face à Boston. Quelqu'un veut savoir de quelle façon cela s'est produit. Est-ce que le Canadien a retiré son gardien pendant toute une période? Comment une telle défaite est-elle survenue?

En n'étudiant que le résultat, il est impossible de comprendre ce qui a amené cette intervention, effectué le correctif et changé la situation. Si nous faisons une analyse qui détermine que 72 p. 100 des prostatectomies sont utiles et que 28 p. 100 ne le sont pas, très bien. Mais lorsque je retourne à mon bureau, comment est-ce que je m'y retrouve? Il ne suffit pas d'étudier les résultats. Une telle étude aide à mieux définir le problème, mais ne m'éclaire guère à titre de praticien.

Si on n'étudie que les résultats, le problème est le suivant: les patients et les chirurgiens n'ont pas tous été créés égaux. Nous devons savoir ce qui mène à un résultat avant de pouvoir compiler des informations utiles.

Je terminerai en disant que nous devons apprendre à mieux examiner le régime de soins de santé. Nous devons

[Text]

pertinent to look at the historical perspective, because this is not a new issue.

Rudolph Rerkaw was the doyen and the father of pathology, a 19th century German pathologist. His progress report to the Kaiser said:

To whom it may concern

In the past year we have been so extensively authorized, approved, inspected, renovated, evaluated, visited, consulted, secularized, informed and have completed so many forms, orders, questionnaires, and reports that no medical progress was made.

So whatever we do in the way of trying to keep scores has to be feasible. It has to be reasonable, because the bottom line, I think, is rather simply stated in this slide: the status quo is not an alternative. We have a strong mandate for change.

Madam Chairman, I thank you for your indulgence for hearing me. I would be delighted to answer any questions.

La vice-présidente: Merci, docteur McMurtry.

• 0950

Mrs. Clancy (Halifax): Dr. McMurtry, I would like to welcome you to the committee and thank you very much for your presentation. I found it fascinating. I have a few questions relating to your presentation.

When you mentioned the American College of Surgeons being prepared—I believe it was in 1989 that they made that statement—is something going on at present? Are they going over and relating those facts to individual or national practices?

Prof. McMurtry: Yes, they are trying to be participants in the development of practice norms. But I have not seen clear evidence that they are coming through with a program of analysis that is going to help me as an individual practitioner; that is to date, it is fair to say. What the outcome will be two or three years down the road I cannot predict.

Mrs. Clancy: I see the plus and the minus on this kind of theory, but would you be in danger? Would practitioners be subject to some kind of review committee or something, which would seem to me extremely counter-productive? As a doctor in your office, you recommend a certain surgical procedure because, based on your knowledge and belief, this is the proper procedure for a patient. I see that if this were taken to its ludicrous extreme you might have to go to a review committee. I know you have review committees in hospitals, and that is a different thing—

Prof. McMurtry: I understand what you are saying. Intervention or review becomes the issue as opposed to actually treating people. The process we are involved in is

[Translation]

également tenir compte de la perspective historique, mais il ne s'agit pas là d'un problème nouveau.

Rudolph Rerkaw, pathologiste allemand du 19^e siècle, était le doyen et le père de la pathologie. Son compte rendu au Kaiser se lisait comme suit:

À qui de droit,

Au cours de la dernière année, nous avons vu tellement d'autorisations, d'approbations, d'inspections, d'évaluations, de visites, de consultations, d'informations, sans compter la rénovation et la sécularisation, et nous avons rempli tellement de formulaires, de bons de commande, de questionnaires et de rapports qu'aucun progrès médical n'a été accompli.

Donc, quelles que soient les méthodes que nous retenions pour examiner le régime de soins de santé, elles doivent être réalisables. Car, en fin de compte, le statu quo n'est pas une solution de rechange. Des raisons importantes militent en faveur du changement.

Madame la présidente, je vous remercie de votre attention. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

The Vice-Chairman: Thank you, Doctor McMurtry.

Mme Clancy (Halifax): Je vous souhaite la bienvenue, docteur McMurtry, et je vous remercie de vous avoir présenté un exposé que j'ai trouvé fascinant. J'aimerais maintenant vous poser quelques questions.

Lorsque vous avez mentionné que l'*American College of Surgeons* était disposé—je pense que cette déclaration a été faite en 1989—font-ils des travaux maintenant à ce sujet? Est-ce que le collège étudie ces données et établit des liens à l'échelle individuelle ou nationale?

M. McMurtry: Oui, le collège essaie de participer à l'élaboration de normes de pratiques médicales. Cependant, rien ne laisse croire qu'ils sont parvenus à mettre au point un programme d'analyse qui va m'aider à titre de praticien. Alors, voilà ce que je peux affirmer jusqu'à présent. Je ne peux prévoir quels seront les résultats d'ici deux ou trois ans.

Mme Clancy: Je vois les avantages et les inconvénients d'une telle théorie, mais cela vous posera-t-il des problèmes? Est-ce que les praticiens devraient se soumettre à un comité d'examen, ce qui, à mon avis, entrave la productivité? À titre de médecin, vous recommandez une intervention médicale donnée parce que, selon vos connaissances et votre jugement, il s'agit là d'une intervention recommandée pour un patient. Si on pousse à l'extrême, vous devriez vous présenter devant un comité d'examen. Je sais qu'il existe des comités d'examen dans les hôpitaux, mais il s'agit là d'une autre question. . .

M. McMurtry: Je comprends ce que vous voulez dire. L'intervention ou l'examen devient toute la question, par opposition aux soins véritablement donnés à une

[Texte]

intended to bypass that. Almost a third of the general surgical procedures carried out relate to gall bladder surgery. That is in our particular institution, but it is a very common procedure.

Now, the fascinating thing is that in demographically identical populations there is a two-to-five-times variance in how often that is carried out. Why? What we want everyone to do is to carry on with their practices, but to sit down and see exactly why they want to do it, clearly what the indications are. We want patients who are entering into it to participate in a study that measures their psychological adjustment to illness. We then want to have a more accurate way of recording the surgical events than currently exists—believe it or not, when you try to reconstruct a surgical event it is almost impossible to get the details of that surgery from the current records, and I do not want to get lost in that detail—and then to measure the outcome in terms of quality of life. That simply has not been done.

So in terms of its impact, it would be designed not to interfere with the flow of practice, but would cause people to agree in advance to a protocol. Having expended that effort and using this blueprint—you are not talking a tremendously labour-intensive exercise—you then just need to be sure the data is collected in a way it has not been before.

Mrs. Clancy: Sure. It is almost like a checklist.

Prof. McMurtry: Right. When this process is over, you are going to learn more about why you have favourable or unfavourable outcomes because you are going to correlate the outcomes with how the surgery was conducted and with people's psychological adjustment to illness and feed that back into the indications.

There is no such thing as a magic bullet. We do not have "the solution". What we are identifying is a process that should be directed towards continuous improvement. We are tapping into resources that are already in existence, and it has to be realistic and feasible; it cannot interfere with people's ability to get on with their work. To date—we are at a preliminary stage—this has been possible to accomplish.

Mrs. Clancy: Stemming from that as well—and I got this same impression from some of the statistics you were quoting; I do not know whether you yourself agree with them—I recall several doctors saying once to me that in the vast majority of cases people heal themselves, that the natural process will heal. How do you relate that to the perception in the public that there are needs for radical surgery; for example, mastectomies in the case of breast cancer, bypass surgery? It seems to me that practically every male I know who is over 65 has had bypass surgery. When I saw your statistics I thought, My God, I wonder

[Traduction]

personne. La démarche que nous avons entreprise vise à éliminer cette étape. Près du tiers des interventions chirurgicales de nature générale portent sur la vésicule biliaire. Tel est le cas à notre hôpital; il s'agit cependant d'une intervention très commune.

Chose fascinante, dans les groupes de population au même profil démographique, il y a un écart allant de deux à cinq pour la fréquence de cette intervention. Nous voulons que chaque médecin poursuive sa pratique, mais qu'il s'arrête et se demande pourquoi il choisit une telle intervention. Quels sont les éléments qui ont justifié sa décision? Nous voulons que les patients participent à une étude qui permet d'évaluer leur réaction psychologique face à la maladie. Pour consigner les détails de l'intervention chirurgicale nous voulons également disposer d'un outil plus précis que ce que nous avons présentement—croyez-le ou non, lorsque nous voulons reconstituer une intervention chirurgicale, il est presque impossible d'obtenir les détails entourant cette intervention à partir des dossiers actuels, et je ne tiens pas à m'attarder inutilement sur ce détail—puis évaluer le résultat en termes de qualité de la vie. Cela n'a pas été fait.

Donc, une telle étude a été conçue pour ne créer aucune ingérence dans la pratique normale; cependant, les participants devraient accepter à l'avance de se conformer à un protocole. En utilisant ce plan d'action—qui ne nécessite pas beaucoup de main-d'œuvre—, il suffit de s'assurer que les données sont recueillies selon une méthode qui n'a pas été utilisée auparavant.

Mme Clancy: Il s'agit presque d'une liste de vérification.

M. McMurtry: Exact. Une fois cette étape terminée, on saura davantage pourquoi les résultats étaient positifs ou négatifs, car nous serons en mesure d'établir une corrélation entre les résultats, la façon dont l'intervention chirurgicale a été menée et la réaction psychologique des gens face à la maladie. Ces données serviront à corriger les indications justifiant l'intervention chirurgicale.

Il n'y a pas de panacée. Nous ne détenons pas «la solution». Nous définissons une démarche qui devrait viser une amélioration continue. Nous utilisons les ressources des gens en place, et notre démarche devrait être réaliste et réalisable; elle ne peut déranger les gens dans la poursuite normale de leur travail. Nous sommes à un stade préliminaire et, jusqu'à ce jour, cette démarche a été possible.

Mme Clancy: A la suite de ce que vous venez de dire—et j'ai d'ailleurs eu la même impression en entendant certaines des statistiques que vous avez citées; je ne sais pas si vous serez d'accord avec eux, mais enfin—je me rappelle que plusieurs médecins m'ont déjà dit que dans la vaste majorité des cas, les gens se guérissent eux-mêmes, une guérison naturelle. Quels liens établissez-vous avec la perception du public qu'il faut des interventions chirurgicales radicales; par exemple, des mastectomies dans le cas des cancers du sein, des pontages? Il me semble que pratiquement tous les hommes de 65 ans et

[Text]

how many of them really needed to go through that. Surely with certain diseases it is not the public perception that you will heal yourself. I think of cancer in particular.

• 0955

Prof. McMurtry: Right. There is no question that once we get this information... and we have a cardiopulmonary bypass unit at Foothills Hospital, and we go through it and we are able increasingly to refine our tools so we are able to pry out a 20% or 30% number. They have a perception of a need for intervention. What we would then do is educate them on what the best alternatives are, whether they be dietary, medical, therapy, or some other alternative, and show the evidence. There is a tremendous onus, an increasing one, which I think is quite acceptable, for us to educate the public on a patient-by-patient basis.

It is fascinating what the difference is in prognosis for an educated person. In rheumatoid arthritis the best prognostic indicator of longevity is educational achievement. Fascinating.

So when we put our efforts in and we learn we can avoid doing it in this percentage and we will do it in another, clearly an educational process in the health care sector is a very key part of the event. You can do all sorts of things, such as having self-help groups of patients who are in similar conditions, which has been very successful.

I am going to say a word about the flip-side of surgery. What is fascinating is that there is no variance from area to area in demographically similar populations for such things as fractured femur, broken hip in the elderly, appendectomy, meningococcal meningitis. No one will debate that, if you are in a car crash and your bone is sticking through the skin, you should go with natural history.

Mrs. Clancy: Yes. It is not mind over matter in that case.

Prof. McMurtry: Not at all. And that James Fries diagram becomes terribly important where we have dealt more and more with the life-threatening situations. It is a small subset where really it is perfectly clear that interventions are important. So what I as a surgeon want to do is to reduce my practice to those essential interventions that make a difference. I am going to return to Calgary tonight, and I will be in practice again tomorrow, and I will still be in my state of ignorance until we get through this process and better define what helps.

Mrs. Clancy: Ostensibly you answered my question, which I did not phrase very well. You somehow dug

[Translation]

plus que je connais ont subi un pontage. Quand j'ai vu les statistiques que vous avez présentées, je me suis demandé combien d'entre eux avaient véritablement besoin d'une telle intervention. Dans le cas de certaines maladies, le public n'a pas l'impression que la guérison sera naturelle. Je pense notamment au cancer.

M. McMurtry: Très bien. Dès que nous aurons cette information en main... et d'ailleurs, nous avons à l'hôpital Foothills une unité cardiopulmonaire de pontage. Nous étudions les cas et nous sommes en mesure d'améliorer nos outils et d'atteindre le niveau de 20 ou 30 p. 100. Les patients perçoivent un besoin d'intervention. Puis nous leur indiquons quelles sont les meilleures solutions de rechange, qu'elles soient de nature diététique, médicale, thérapeutique ou d'une autre nature, et nous leur présentons les faits. Nous avons la responsabilité croissante, tout à fait acceptable à mon avis, d'éduquer le public, un patient à la fois, lors des consultations.

Il est fascinant de noter la différence de pronostic pour une personne informée. Dans le cas de l'arthrite rhumatoïde, le meilleur indicateur de pronostic de longévité demeure l'éducation du patient. Fascinant, n'est-ce pas?

Donc, si nous apprenons que nous pouvons éviter un tel pourcentage d'interventions, nous allons répéter l'exercice dans un autre secteur. De toute évidence, une démarche d'éducation dans le secteur des soins de santé est un élément essentiel. On peut mettre de l'avant toutes sortes d'initiatives, comme des groupes d'entraide de patients qui sont dans une même condition, où le taux de succès est d'ailleurs très élevé.

Je vais parler brièvement de l'envers de la médaille de la chirurgie. Élément fascinant, il n'y a aucun écart d'une région à l'autre dans les groupes démographiques semblables dans les cas de fracture du fémur, de fracture de la hanche chez les personnes âgées, d'appendicectomie et de méningite méningocoque. Personne ne contestera que, si vous êtes victime d'une collision et qu'un de vos os vous perfore la peau, il faut faire ce que l'expérience nous a enseigné.

Mme Clancy: Oui, tout à fait. Dans un tel cas, il n'est pas question du pouvoir de l'esprit sur le corps.

M. McMurtry: Pas du tout. Le diagramme de James Fries devient très important dans les cas où nous devons de plus en plus traiter des situations qui constituent un danger de mort. Il s'agit d'un petit sous-ensemble où il est tout à fait évident que les interventions sont importantes. À titre de chirurgien, je veux limiter mes interventions à celles qui sont essentielles. Je vais rentrer à Calgary ce soir et je vais poursuivre mon travail demain. Je vais me retrouver dans le même état d'ignorance tant que nous n'aurons pas effectué cette démarche et mieux défini ce qui peut aider.

Mme Clancy: De toute évidence, vous avez répondu à ma question, qui n'était pas très bien formulée. Vous avez

[Texte]

through it and found what I was getting at. I am thinking of that idea of mind over matter. You are speaking of the educational level or the psychological response of the patient to illness. Again I am thinking of cancer patients in particular. Are there any data showing that does work?

Prof. McMurtry: Oh, sure.

Mrs. Clancy: There is? The situation I was involved in at one time was that a woman in her thirties was diagnosed with leukaemia, and effectively she said on day one, that was it, I am gone; and three months later—

Prof. McMurtry: And she will be.

Mrs. Clancy: —she was.

Prof. McMurtry: Absolutely.

Mrs. Clancy: I know you cannot say this, but can you give us any ballpark idea of how much time it gives you? What change does it create?

Prof. McMurtry: It is a fascinating question. I am going to answer it in a few ways.

The first time I was ever in the hospital and on a ward I was a terrified medical student. The actual intern or MD whose was licensed was ill. He had been hit by a car. So I was left with four patients on the wards who were terribly sick. I was running around terrified. The nurses held my hand and took me through it. I can remember I went to a man who had a massive infarct, a terrific heart attack. He was perspiring and he just looked like death. He looked up at this terrified medical student and he said to me, it is okay, Doc, I will be all right. He knew how nervous I was. I treated him, and really, he ought not to have survived.

There was another woman who was 15 years his senior, still young, under 60, and she had a drug reaction. I said to her it was no problem because we just had to do an antidote and everything would go away. She looked at me with the saddest look in her eyes and she said she thought she had had it. And you know the outcome.

I remember my back being clapped three months later by the guy with the heart attack. He asked me, how are you doing, Doc? You look better than you did that night. There he was, wandering around the hospital. And of course she was lost to this world within hours.

Concretely, a man named Hall demonstrated that you can take lymphocytes, which are immune cells, out of the body and do a lymphocyte migration test. What this means is how quickly that cell moves towards an antigen, something it does not like. That is a measure of its efficacy. So he said, it goes that fast. He hypnotized people and had them focus appropriately and think the right thoughts, and out came the lymphocytes again and they migrated more quickly.

[Traduction]

bien cerné ma préoccupation. Je reviens à cette question du contrôle de l'esprit sur le corps. Vous parlez du niveau d'éducation ou de réaction psychologique du patient face à la maladie. Je pense plus particulièrement aux patients atteints de cancer. Est-ce que des données prouvent qu'une telle démarche fonctionne?

M. McMurtry: Oui, tout à fait.

Mme Clancy: De telles données existent? J'ai connu une femme dans la trentaine à qui on a diagnostiqué une leucémie, et cette femme a déclaré un jour que c'en était fait, qu'elle allait mourir; et trois mois plus tard. . .

M. McMurtry: Elle mourra dans trois mois.

Mme Clancy: . . . elle était morte.

M. McMurtry: Tout à fait.

Mme Clancy: Je sais qu'il est difficile de répondre à cela, mais pourriez-vous nous donner une idée générale du répit qu'un patient peut obtenir? Quel changement cela produit-il?

M. McMurtry: Il s'agit d'une question fascinante. Je vais vous fournir différents éléments de réponse.

La première fois que j'ai mis les pieds dans un hôpital, j'étais un étudiant en médecine terrifié. L'interne ou le médecin qui était de service était malade. Il avait été heurté par une auto. Je me suis donc retrouvé avec quatre patients qui étaient très malades. J'étais littéralement terrifié. Les infirmières m'ont pris par la main et m'ont fait faire la ronde. Je me rappelle avoir rencontré un patient qui venait de subir un infarctus massif, une grave crise cardiaque. Il suait à grosses gouttes et on pouvait lire la mort sur son visage. Il m'a regardé, l'étudiant en médecine terrifié, et il m'a dit que tout irait bien, qu'il allait s'en sortir. Il savait à quel point j'étais nerveux. Je l'ai traité, et vraiment, il n'aurait pas dû survivre.

Dans cet hôpital, il y avait une autre femme qui avait 15 ans de plus que lui; elle était tout de même jeune, elle avait moins de 60 ans, et elle faisait une réaction à un médicament. Je lui ai dit qu'il n'y avait aucune difficulté, car nous n'avions qu'à préparer un antidote, et tout irait pour le mieux. Elle m'a regardé avec tristesse et a déclaré qu'elle n'allait pas s'en sortir. Et vous connaissez la suite.

Trois mois plus tard, je me rappelle que cet homme victime d'une crise cardiaque me donnait une bonne tape dans le dos. Il me demandait comment j'allais. Vous semblez aller mieux que cette première soirée où je vous ai rencontré. Il se promenait maintenant un peu partout dans l'hôpital. Et cette femme, elle est morte en moins de quelques heures.

Dans la pratique, un homme du nom de Hall a démontré qu'on peut extraire du corps des lymphocytes, qui sont des anticorps, et effectuer un test migration de lymphocytes. Ce test démontre avec quelle rapidité cette cellule se déplace vers un antigène, c'est-à-dire un corps qu'elle n'aime pas. C'est là une mesure de son efficacité. On peut ainsi déterminer quelle était la vitesse de réaction. Il a hypnotisé les gens, leur a demandé de se concentrer sur les points importants et a lancé de

[Text]

[Translation]

nouveau les lymphocytes; cette fois-là, la migration fut beaucoup plus rapide.

• 1000

There is clear evidence that as people who have a lot of stressors—such as change of job, marital disruption, moving, and even positive things like a major promotion—accumulate stress points, there is a higher incidence of every imaginable disease—depression, cardiac problems, or cancer. Throwing into that mix... 90% of malignancies are life-style related. So there is a huge educational component to all this.

Des preuves évidentes démontrent que les gens qui subissent beaucoup de stress—comme un changement d'emploi, des perturbations conjugales, un déménagement, et même des éléments positifs comme une promotion importante—accumulent ce stress, et l'incidence des maladies, quelles qu'elles soient, est beaucoup plus élevée—dépression, problèmes cardiaques, ou cancer. Si on ajoute à cela... 90 p. 100 des maladies malignes sont liées au style de vie. Donc, il y a un important volet d'éducation à tout cela.

We can be doing a lot of things. We need to find out when we do one and when we do the other and how we use them in combination to get the best results. There is no question that the tendency in surgery is to be a bit oriented towards the anatomical, and that has to change. But this method of analysis can also be relevant to pneumonia or any other disease conditions, and we just have to think differently. The status quo, as I say, is not on.

Nous pouvons prendre toutes sortes d'initiatives. Nous devons savoir à quel moment chacune de ces initiatives doit être mise en oeuvre et de quelle façon les combiner pour obtenir de meilleurs résultats. Il n'y a aucun doute que la tendance en chirurgie porte sur les interventions de nature anatomique, et il faut changer cette tendance. Cette méthode d'analyse peut également être utilisée dans les cas de pneumonie ou pour d'autres maladies; il suffit simplement de penser différemment. Le statu quo n'est pas une solution de rechange.

Mr. Karpoff (Surrey North): I had the opportunity to work in health care systems both in the acute care system and as an administrator and consultant in long-term care and other types of health care organizations.

M. Karpoff (Surrey-Nord): J'ai travaillé dans un régime de soins de santé dans le système de soins actifs et à titre d'administrateur et de consultant en matière de soins à long terme pour des organismes de soins de santé.

I have three questions I would like to ask initially. One deals with pressures the patient puts on the system, one deals with pressures the provider is under, and the third is related to the system itself, because I question whether we really have a system we control as an integrated health care system. We can control maybe one hospital or one clinic or something.

J'aimerais dans un premier temps vous poser trois questions. La première porte sur les pressions que le bénéficiaire exerce sur le régime, la deuxième porte sur les pressions exercées sur les professionnels de la santé et la troisième porte sur le régime lui-même, car je me demande si nous avons un régime que nous contrôlons sous forme de régime intégré de soins de santé. Nous pouvons peut-être contrôler un hôpital ou une clinique, ou quelque chose dans ce genre-là.

Prof. McMurtry: Right on.

M. McMurtry: Tout à fait.

Mr. Karpoff: The first one deal with the provider. You start looking at trying to evaluate whether what the provider is doing is worthwhile. One thing this seems to be going against is this increasing problem of a legal hassle in which the provider works. I get the impression, because of the experience in the States, that if a doctor is faced with a patient and he has to make a decision whether he should do something, he would say that he does not think he should. But if he does not, he is going to get sued out of his skull. If he does not intervene with this guy, something negative happens. How do you get peer review happening in a constructive manner that is not seen as interfering?

M. Karpoff: Ma première question porte sur les professionnels de la santé. Vous essayez d'évaluer si l'intervention du professionnel de la santé est valable. Les problèmes juridiques qui semblent menacer les professionnels de la santé semblent être une entrave. À la suite de ce qui se passe aux États-Unis, j'ai l'impression que si un médecin doit prendre une décision au sujet d'un patient, il dira plutôt qu'il ne devrait pas intervenir. Cependant, s'il n'intervient pas, il fera l'objet d'une poursuite. S'il n'intervient pas auprès de son patient, la conséquence sera négative. De quelle façon pourrait-on faire appel à l'examen des pairs de façon constructive sans qu'il y ait ingérence?

I have a young nephew, Don Bethune, who is in training in your hospital. We talk about this whole pressure they are under. He is in the emergency ward.

Mon jeune neveu, Don Bethune, est en formation à votre hôpital. Nous avons parlé de la pression qu'ils subissent. Il travaille au service des urgences.

Prof. McMurtry: Emergency wards are a particularly difficult area.

M. McMurtry: Les urgences représentent un secteur particulièrement difficile.

[Texte]

I took two questions out of that, and it is the whole issue of defensive medicine. It has been quite clearly demonstrated in the medical/legal area that the best antidote to legal suit is communication, not laboratory tests, not high tech, but high touch. Taking the time or being able to take the time to communicate is the best antidote there is. There is no question, however, that the pressures of suit are enormous.

The Canadian Medical Protective Association charged me \$250 for my annual premium when I began practice. It is now \$11,000, and that is a 44-fold increase. Clearly, this is really quite a problem, and a major educational effort needs to go on there.

In terms of prevention the best thing turns out to be communication. One of the toughest places to achieve that is of course in an emergency setting, because you are under pressure to get interventions and patient assessments done in a cramped timeframe. It is one of the most susceptible areas, and I happen to harbour the belief, although this is not what I am here to talk about today, that we need to put more resources into the emergency department and fewer on some of the in-patient activities, because it is one of the most difficult areas to deal with. Defensive medicine is a problem.

• 1005

The good news is about communication. The other good news is that we were able to show in our hospital that in the case of a sprained ankle, for example, X-rays were of no value. We have been able to demonstrate that in head injuries skull films are of very limited value, and we have been able to actually reduce the incidence of doing it. We have been able to demonstrate that routine physical examinations are of limited value and that routine blood testing in patients with negative histories, under 40, before surgery is unnecessary. I think we need to do more and more of those kinds of studies, so that you have a standard that will protect you in a court situation.

You also asked about the peer review. The trouble with peer review is it is time-consuming and that the reviewers may themselves be guilty of having a belief system that is not defensible, which does not have a data base that makes it defensible. Peer review in and of itself is not enough, but it is the best we have at the moment.

How do we avoid the perception that of all this is interfering? I have been able to sell this to the Calgary

[Traduction]

Deux questions se dégagent de votre intervention, et cela porte sur toute la question de la médecine préventive. Il a été clairement démontré dans le domaine médico-juridique que le meilleur antidote contre les poursuites judiciaires demeure la communication, non pas les tests de laboratoire, ni la haute technologie, mais une bonne communication. Prendre le temps de communiquer ou être en mesure de prendre le temps de communiquer demeure le meilleur antidote. Il n'y a aucun doute, cependant, que les pressions que représentent les poursuites sont énormes.

L'Association canadienne de la protection médicale me facturait une prime annuelle de 250\$ lorsque j'ai commencé à exercer la médecine. Cette prime s'élève maintenant à 11,000\$, soit 44 fois plus. Il s'agit d'un problème sérieux, et le besoin d'éducation est important.

Dans le domaine de la prévention, le meilleur outil demeure la communication. Le service des urgences demeure l'un des endroits les plus difficiles où établir une bonne communication parce que le travail s'effectue sous pression et que l'évaluation des bénéficiaires se fait dans des laps de temps très courts. C'est effectivement un des domaines qui s'y prêtent le mieux. Ce n'est pas ce qui retient aujourd'hui notre attention, mais j'estime qu'il faudrait accroître les ressources affectées au service des urgences, quitte à retrancher une partie des crédits prévus pour les malades hospitalisés. La médecine défensive est un domaine difficile.

On peut cependant faire état de bons résultats au plan de la communication, et nous avons, par ailleurs, été en mesure de démontrer dans notre hôpital que pour une foulure de la cheville, par exemple, les rayons X ne sont d'aucune utilité. Nous avons pu démontrer que les radiographies du crâne ne sont que de faible utilité en cas de blessure à la tête, et nous avons par conséquent réduit le recours à cette méthode. Nous avons pu démontrer que les examens médicaux habituels ne seront pas d'une grande utilité et qu'il n'est pas nécessaire de procéder systématiquement, avant une intervention chirurgicale, aux tests sanguins pour les patients âgés de moins de 40 ans n'ayant guère d'antécédents médicaux. Je pense que l'on devrait multiplier ce genre d'études afin d'arriver à définir une norme que l'on pourrait invoquer dans le cadre d'une action judiciaire.

Vous m'avez interrogé tout à l'heure sur l'autoréglementation du corps médical. L'examen collégial prend beaucoup de temps, et les médecins chargés de se pencher sur l'action d'un de leurs collègues entretiennent peut-être eux-mêmes un ensemble de croyances qui ne se défendent guère et qui ne sont pas fondées sur des données objectives et contrôlables. L'autoréglementation collégiale ne suffit donc pas, mais, à l'heure actuelle, nous ne disposons pas d'autres moyens satisfaisants.

Comment éviter un sentiment d'ingérence? Je suis arrivé à persuader de cela l'hôpital général de Calgary,

[Text]

General Hospital, Foothills Hospital, Alberta Children's, and even to the community hospital setting in Calgary. I ask them a series of rhetorical questions: are you satisfied with the direction in which the health care system is going? Do you feel you have as much control over your practice as you did 10 years ago? Are you satisfied that the future holds more promise for your practice? Do you feel that there is information out there that explains what you are doing, and why, and much it helps? Again, the answer is always "no" to each of these very obvious rhetorical questions.

So I ask: would you be interested in a methodology that would demonstrate that you are doing some good? They buy in. If you set it up in the proper way, it then becomes part of the landscape and part of the practice pattern. It should not add more than a few moments to their day, so that hopefully we are able to deal with perception of interference.

Mr. Karpoff: My second question relates to the whole issue of patient demand, which I think has an impact on health care. Some people have a belief that if you impose a user-pay system or a user fee that is going to change this—and my belief is of course that it would change it for the poor, but for the people who have money it would make no difference. I want to relate a personal experience that would relate to this.

When my daughter was 18 months old she had spinal meningitis. She managed to come out of it very well, but at one point the doctor said there was nothing more they could do. At the same time there were people running around who said that they had ideas, that some guy down in the States had some great new drug. If I could have made the connection and somebody had said to me that it was going to cost me \$10,000, I would have come up with the \$10,000. It may have cost the system an extra \$100,000.

When there is an emotional involvement with a patient and they think it is a life-and-death matter, whether it is or it is not, how do you handle the question of patient demand? It may be even more important when it is a minor thing, because then the patient is just a nuisance to a physician and if the physician give the patient a drug prescription the patient would go away. That is more like a nuisance.

I would like you to deal with this question of fee for service, because my assessment is that it would not deter me, it would not deter anybody here. It would certainly deter those who are on minimal income. So I would like your comments on those kinds of things.

Prof. McMurtry: First of all, you may recall from my presentation that Barsky identified the thought that people perceive themselves as having three times as many

[Translation]

l'hôpital Foothills, l'hôpital des enfants de l'Alberta, et même les centres hospitaliers communautaires de Calgary. Je leur ai posé un ensemble de questions auxquelles je connaissais déjà un petit peu la réponse: êtes-vous satisfaits des tendances actuelles en matière de soins médicaux? Avez-vous l'impression de maîtriser aussi bien qu'il y a 10 ans la manière dont vous exercez? Pensez-vous que l'avenir devrait permettre une amélioration des conditions dans lesquelles vous exercez? Pensez-vous que le public soit suffisamment informé de ce que vous faites, des raisons pour lesquelles vous le faites et de l'avantage qu'y trouvent les malades? Les interrogés répondent toujours «non» à ces questions pourtant un petit peu tendancieuses.

Je leur demande alors: voudriez-vous prendre connaissance de méthodes qui vous permettraient de juger du bienfait de vos interventions? Ils se laissent convaincre. Dans la mesure où vous présentez bien la chose, elle s'intègre au paysage médical et à la pratique quotidienne. Cela ne prend guère plus que quelques minutes par jour et atténue les craintes d'ingérence.

M. Karpoff: Ma seconde question a trait aux exigences des patients. Je pense que cela est un des facteurs dont il faut tenir compte. Certains estiment qu'en instaurant un système de paiement à l'acte, on peut agir sur la demande médicale, et je crois qu'il en serait effectivement ainsi en ce qui concerne les pauvres, mais que cela ne changerait rien pour les personnes qui ont les moyens. J'aimerais, à cet égard, vous faire part d'une anecdote personnelle.

À l'âge de 18 mois, ma fille a fait une méningite cérébro-spinale. Elle a pu s'en sortir, mais, avant cela, il est arrivé un moment où son médecin nous avait dit qu'il n'y avait plus rien à faire. Or, à cette époque, certaines de nos connaissances nous avaient dit qu'aux États-Unis, il y avait un type qui prétendait avoir trouvé un nouveau médicament très efficace. À supposer que j'eusse pu prendre contact avec lui, tout en sachant que ce médicament me coûterait 10,000\$, j'aurais trouvé les 10,000\$. Cela aurait peut-être fini par coûter au système 100,000\$ de plus.

Lorsque vous avez des liens émotifs avec un patient qui, à tort ou à raison, craint de ne pas s'en sortir, comment faire face à ses exigences? Le problème est parfois pire lorsque son état ne prête pas à conséquence, puisqu'il importune le médecin sans nécessité et que celui-ci a envie de lui signer une ordonnance simplement pour s'en débarrasser.

J'aimerais que vous nous parliez un petit peu du paiement à l'acte, car j'estime que l'instauration d'un tel système n'exercerait sur moi, ou sur mes collègues du Comité, aucun effet dissuasif. Il est clair que cela dissuaderait cependant les personnes à faible revenu. Pourriez-vous nous en dire un peu plus long sur tout cela?

M. McMurtry: Vous rappelez-vous que, dans mon exposé, j'ai dit que Barsky avait constaté que les gens estiment être chaque année atteints de trois fois plus de

[Texte]

significant illnesses per year than they used to. It is not just a perception, it is a reality: the demand of the public is rising.

The second point you made is about the user fee. The Rand Corporation did a survey with demographically similar groups with completely free health care, and then they had various mixes of people paying for it. It showed that a clear correlation exists between decreased demand for services and payment.

• 1010

However, other studies have demonstrated that when you implement this approach those who are deterred from using the system are the poor, who tend to present themselves later and sicker. It is a shift of stress and it does not result in a true saving.

I harbour the belief, which may be unduly optimistic, that more than enough money is in the system if we deploy it more wisely. Going to a user-fee approach is a concern.

Although you do see the odd patient who is clearly an abuser of a free health system, I think it must be one in a thousand. They shop for doctors and keep pressing the system until they get what they want. We need to have a central record and to intervene in that kind of circumstance. That suggestion is as far as I would go in terms of putting pressure on patients using the health system.

My last comment is that people are putting demands on the system and are seeing themselves as three times sicker. How can we afford this? We ought to address the mismatch between expertise provided and that which is needed. Any physician in practice will tell you that a minimum of 50% and up to 85% of the people they see do not require their expertise. Your nephew who works in the emergency department will tell you that half the people who are there do not need to be.

It has been shown at McMaster, for example, that of nurse practitioners, family physicians, and pediatricians the most effective group in well-baby care was that of nurse practitioners, followed by family doctors and pediatricians.

A tremendous opportunity exists to start matching expertise with patients' needs, and public acceptance of those alternate health care providers was very good. A great deal of what needs to be provided to patients consists of explanation and education, which do not require a

[Traduction]

maladies qu'auparavant. Il ne s'agit pas d'une simple perception, mais d'un état de fait: la demande de soins médicaux va en s'accroissant.

Vous avez évoqué la question du paiement à l'acte, c'est-à-dire de l'instauration d'un système de ticket modérateur. La *Rand Corporation* a effectué une enquête auprès de groupes démographiquement comparables, certains groupes ayant droit à des soins médicaux gratuits, d'autres à des soins payants selon divers types de modalités. Cette étude a permis de démontrer une très nette corrélation entre une baisse de la demande en matière de soins médicaux et le caractère payant de ces soins.

D'autres études ont cependant permis de constater que l'instauration d'un système de soins payants sert surtout à dissuader les pauvres, qui vont ainsi différer la visite chez le médecin et laisser, d'abord, empirer leur état. Cette remise à plus tard ne semble pas entraîner de réelles économies.

Peut-être suis-je trop optimiste, mais je pense que notre système a les moyens d'accomplir sa mission dans la mesure où nous procédons à une répartition plus judicieuse des crédits. L'instauration d'un système de soins payants ne constitue peut-être pas la solution voulue.

Il est vrai que, de temps en temps, on voit un patient qui abuse de la gratuité du système. Je crois qu'il s'agit d'une proportion très faible. Ce genre de malade va de médecin en médecin, jusqu'à ce qu'il obtienne ce qu'il voulait. Il nous faudra créer un fichier central permettant d'éviter cela. Mais, à mon avis, il ne faudrait pas poursuivre plus loin le souci d'influencer le comportement des patients.

Je tiens à dire, en dernier lieu, que les patients s'adressent de plus en plus au système médical, mais s'estiment trois fois plus malades qu'auparavant. Cette situation peut-elle durer? Nous devrions nous pencher sur cette inadéquation apparente entre les soins qui sont fournis et ce qui correspond effectivement aux besoins du patient. Tout médecin vous dira que de 50 à 85 p. 100 de leurs patients se présentent devant eux sans nécessité. Votre neveu qui exerce au service des urgences à l'hôpital vous dira que la moitié des patients qui se présentent à son service y sont là sans besoin réel.

Une étude menée par l'Université McMaster a permis de démontrer que, en ce qui concerne les soins aux bébés, le groupe le plus efficace est celui des infirmières praticiennes, suivi des médecins généraliste, puis des pédiatres.

Nous avons ainsi l'occasion de mieux faire correspondre l'expertise thérapeutique et les besoins des patients. Nous avons pu constater que le public réagit de manière très positive aux nouvelles solutions que l'on peut envisager en matière de soins médicaux. Il convient,

[Text]

high-powered specialist or an expensive setting. So we need to look at alternative ways of delivering health care.

Mr. Halliday (Oxford): I also want to welcome you, Dr. McMurtry, and to say that you have given us a fascinating presentation that is challenging to think about.

A number of questions come to mind and I can run through them fairly quickly. I think you indicated that the rate of growth of numbers of physicians is four times that of the population, and I can appreciate that. But are those figures adjusted to take into account that male physicians are practising for fewer hours, on average, than 25 or 30 years ago?

We also have 50% more women coming into the profession, many of whom will practise a great deal less over a lifetime than would male practitioners. We have many more physicians in administrative and insurance medicines. Are those figures adjusted for those changes in practice styles?

Prof. McMurtry: No. So you would argue, I think correctly, that the number of clinical practice hours have not increased in relation to the rate of MDs.

Mr. Halliday: Has anybody studied that?

Prof. McMurtry: No. We do know that a female physician practises 20% less, on average, than a male physician, partly because females have a more balanced attitude about how to live life.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): And more responsibilities.

Mr. Halliday: I used to work as a family physician and a country doctor and I thought I practised a lot of hours per week. But I work about 50% more hours here as a politician. There is no doubt, however, that those of my colleagues who are practising now are not working the same number of hours I did.

Our busiest day in the practice was Saturday night until 1 a.m., because people came into town to shop on that night and the last place to visit was the doctor's office. So there was a big change in the pattern of practice, which makes some of these figures on manpower a bit less than believable.

Prof. McMurtry: I agree with you. But on the other hand, no one would argue with the fact that we have a shortage of physicians. We may have problems with

[Translation]

avant tout, de consentir à un grand effort d'explication, de sensibilisation, ce qui n'exige nullement les services d'un grand spécialiste ou l'utilisation de locaux impressionnants et coûteux. Il va donc falloir trouver d'autres moyens de fournir des soins médicaux.

M. Halliday (Oxford): Docteur McMurtry, je tiens, à mon tour, à vous souhaiter la bienvenue et à vous dire que dans votre exposé, vous avez évoqué des sujets d'un puissant intérêt.

J'aimerais, à cet égard, vous poser quelques questions qui ne devraient pas d'ailleurs prendre très longtemps. Vous nous avez dit, je crois, que le nombre de médecins augmente quatre fois plus vite que la population. Ce chiffre tient-il compte du fait qu'en moyenne, les médecins du sexe masculin consacrent à la médecine, chaque semaine, un nombre d'heures inférieur à ce qu'il en était il y a 25 ou 30 ans?

La profession accueille, à l'heure actuelle, 50 p. 100 plus de femmes qu'auparavant, et nombreuses sont celles qui, dans leur vie, consacreront beaucoup moins de temps à la médecine que ne le feront leurs collègues du sexe masculin. Ajoutons qu'un nombre croissant de médecins se consacrent aujourd'hui à la médecine administrative ou oeuvrent au sein des compagnies d'assurance. Les chiffres dont vous avez fait état tiennent-ils compte de ces changements?

M. McMurtry: Non. Vous auriez peut-être raison de penser que le nombre d'heures consacrées à l'exercice effectif de la médecine n'a pas augmenté parallèlement au nombre des médecins.

M. Halliday: Quelqu'un s'est-il penché sur cette question?

M. McMurtry: Non. Nous savons qu'en moyenne, les femmes consacrent à l'exercice de la médecine 20 p. 100 moins de temps que leurs collègues du sexe masculin. Cela est en partie dû au fait que les femmes semblent portées à mener une vie plus équilibrée.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Et qu'elles exercent des responsabilités plus nombreuses.

M. Halliday: J'étais, à une époque, médecin de famille et médecin de campagne, et j'avais l'impression de travailler beaucoup. Mais, aujourd'hui, en tant qu'homme politique, je dois travailler 50 p. 100 de plus. Il ne fait cependant aucun doute que certains de mes collègues qui continuent à exercer ne consacrent pas à la médecine autant de temps que je le faisais auparavant.

Dans notre cabinet, notre plus grosse journée était le samedi, où nous étions ouverts jusqu'à une heure du matin, car les gens se rendaient en ville pour faire leurs achats et se rendaient, en dernier, chez le médecin. Il y a effectivement eu de gros changements dans l'exercice de la médecine, et cela rend moins crédibles certains des chiffres cités à l'endroit du personnel médical.

M. McMurtry: Je partage votre avis. Personne ne contestera, cependant, qu'il y a pénurie de médecins. Peut-être s'agit-il en partie d'un problème de répartition,

[Texte]

distribution, but we do need to ask what the proper ratio is. The World Health Organization figure of one physician per 600 people, or something similar is like the retirement age; it was plucked out of the air. Bismarck in the late 19th century decided that 65 was retirement age when people lived to 48 on the average and the work force was mostly male. Where do we get these numbers?

• 1015

Certainly we are not short of physicians. We do have a problem of distribution. I think we ought to ask what is the right number, especially in view of the fact that people with a different level of expertise can deliver comparable services.

Mr. Halliday: On this question of lab tests, no doubt they are going up. This is just a factual question I just do not know the answer to. With these fancy machines you use now, where you put in a sample of blood and you get back results on 12 different tests, is it deemed to be 12 tests done or 1 test?

Prof. McMurtry: That is 12 tests.

Mr. Halliday: Then I understand why the figures are so vastly up on lab tests. In other words, it is as cheap to do 12 tests as it is to do 1.

Prof. McMurtry: The technology is arriving where they are back to telling us to order things by their name because it is cheaper. You can do a cost-effectiveness. . . it is a recent intervention in our hospital that it is no longer as economically feasible to say you might as well do 12 as 1.

The other thing that is happening is that the actual costs of lab tests, not just the number, is also rising quite significantly on a per capita basis, outstripping the cost of doing a hemoglobin. It is not only an inflationary effect, but also the actual cost is rising. I am not sure what is driving it.

We know that in teaching hospitals we do an awful lot of tests, more than in a community setting. One of the astonishing figures is the tremendous percentage of tests that do not get reviewed. As you know from practice, the reason is that it is not accessible at the moment you need it. It seems to me this is not a problem so much as an opportunity. With modern computer systems, we should enhance our access to information, and we should be able to really reduce that.

Mr. Halliday: In some of your charts, you referred to the terminology "surgical procedures or interventions that were debatable or unnecessary". I can understand how, looking at it retrospectively, you can come to such a conclusion. I wonder if your studies are based on prospective. . . and maybe you are trying to do so now that you are embarking in Calgary. Say I am a patient.

[Traduction]

mais il faudrait chercher à savoir le nombre de médecins dont on a besoin. Selon l'Organisation mondiale de la santé, il faudrait un médecin pour 600 personnes, mais ce chiffre est un peu comme celui de l'âge de la retraite; il a quelque chose d'arbitraire. Vers la fin du 19^e siècle, à une époque où l'espérance moyenne de vie était de 48 ans et que la population active comprenait surtout des hommes, Bismarck a fixé à 65 ans l'âge de la retraite. Mais à quoi correspondent ces chiffres?

Nous ne manquons pas de médecins. Il y a, cependant, un problème de répartition, et je pense qu'il faudrait cerner de plus près le nombre souhaitable de médecins et tenir compte du fait que chaque cas n'exige pas l'intervention d'un spécialiste.

M. Halliday: J'imagine que le nombre de tests en laboratoire va également croissant. Je vous dis cela comme ça, sans vraiment connaître la réponse, mais lorsqu'on utilise un de ces nouveaux appareils où il suffit d'introduire un spécimen de sang pour obtenir 12 types de résultats différents, s'agit-il de 12 tests ou d'un seul?

M. McMurtry: Il s'agit de 12 tests.

M. Halliday: Je comprends donc comment le nombre de tests en laboratoire peut augmenter si rapidement. Autrement dit, cela ne coûterait pas plus cher de faire 12 tests que de n'en faire qu'un seul.

M. McMurtry: Avec les derniers appareils, on nous demande, à nouveau, de commander un test spécifique, car cela revient moins cher. Il est possible de faire une analyse de rentabilité. . . nous nous sommes récemment aperçus, à notre hôpital, qu'il n'est plus vrai que 12 tests en laboratoire peuvent être faits pour le même prix qu'un seul.

On s'aperçoit également que le coût des tests en laboratoire augmente aussi, et non seulement leur nombre. Donc, le coût des analyses sanguines augmente sensiblement. Cela n'est pas simplement dû à l'inflation, mais je ne suis pas en mesure de vous dire quelle est la cause de cette augmentation.

Dans les hôpitaux d'enseignement, nous faisons beaucoup plus de tests que dans les centres hospitaliers communautaires. J'ajoute qu'un très grand nombre des résultats ne sont d'ailleurs jamais vus par le médecin traitant. La raison en est que les résultats ne lui parviennent pas en temps utile. Cela me semble moins constituer un problème que présenter de nouvelles possibilités, car l'ordinateur devrait faciliter notre accès aux renseignements voulus et nous permettre de réduire le nombre de tests superflus.

M. Halliday: Vous faites état, dans certains de vos tableaux, d'interventions chirurgicales douteuses ou superflues. Je comprends comment, a posteriori, il est possible d'en arriver à cette conclusion. Mais vos études comportent-elles également un aspect prospectif? Peut-être allez-vous dans ce sens à Calgary. Disons que je sois malade. Quelqu'un m'a dit que 50 p. 100 des

[Text]

Somebody mentioned that 50% of coronary bypasses are probably unnecessary. I presume this is a retrospective assessment; retrospectively it can be said that 50% were not necessary. If I were a patient and had a notion that I need a coronary bypass, who is going to tell me that I do not need it? If my friend down the street had one, and I think my sins were similar to his, I would hate to be told by somebody I do not need a bypass.

Prof. McMurtry: I think we should tell people that they should not have a bypass when we can say in our heart we think it will not help them.

Mr. Halliday: Suppose he wants it.

Prof. McMurtry: I would sensitively try to explain to them that I am not in the business of trying to do harm, but rather to help, and that this procedure might very well result in more harm than good. In their best interest we want to make them feel better so let us deal with the symptoms and problems they have, and let us try this alternative.

There are very few patients I encounter who are not enthused about alternatives to surgery. There is a small subset, as you know from practice—

Mr. Halliday: The very fact that people do not usually go looking for surgery makes me think that when they do agree to submit to it, they see good reason to have it done.

Prof. McMurtry: Right now you are referring to the analysis. The analysis was not just in retrospect. The outcome did not change anything and therefore it was unnecessary. That was not the nature of the analysis.

This is from Wennberg and from the Rand Corporation. They looked at the records that were done pre-operatively and, given the information they had, asked whether, according to a review panel of physicians, this was in fact indicated. They have done that on a prespective basis. They have shown some fascinating things.

For example, in contrast to what one might expect, in very busy centres they do lots of G.I. endoscopy, their indications or their threshold for doing G.I. endoscopy was actually lower than that in facilities that did fewer of them, even though their expertise was presumably greater. The retrospective judgment was not made because things did not work out. It was made on the basis of the lack of clear indications that this would prove helpful.

• 1020

You are quite correct in saying that we can poke holes in the study. A perfectly controlled clinical trial is a very hard thing to mount in this situation. We need to look at

[Translation]

pontages coronariens sont vraisemblablement superflus. Il s'agit d'une appréciation a posteriori, car on s'aperçoit, après coup, que 50 p. 100 de ces interventions n'étaient pas nécessaires. Mais si je souffre du coeur et que j'ai l'impression d'avoir besoin d'un pontage coronarien, qui vais-je trouver pour me dire que je n'en ai pas besoin? À supposer qu'un collègue, qui a les mêmes mauvaises habitudes que moi, ait subi un pontage, comment vais-je pouvoir accepter qu'on me dise que je n'en ai pas besoin?

M. McMurtry: Je pense qu'il faut déconseiller le pontage chaque fois que nous estimons qu'une telle intervention n'aidera pas vraiment le patient.

M. Halliday: Mais que faire s'il en exige un?

M. McMurtry: J'essaierais, avec un maximum de tact, de leur expliquer que mon métier n'est pas de leur faire du mal, mais de les aider, et qu'une telle intervention risquerait de leur faire plus de mal que de bien. Leur bien-être est notre souci principal et, donc, essayons de traiter les symptômes et les problèmes que nous constatons. Essayons de procéder autrement.

Très peu de mes patients manifestent une préférence enthousiaste pour la chirurgie. Votre expérience vous a permis de constater qu'il existe, cependant, un petit sous-groupe qui. . .

M. Halliday: Le simple fait que la plupart des gens n'envisagent pas de gaieté de coeur une intervention chirurgicale me porte à penser que lorsqu'ils acceptent de subir une telle intervention, c'est qu'ils estiment cela nécessaire.

M. McMurtry: Mais vous parlez là de l'analyse. Il s'avère qu'après coup, l'analyse n'était pas juste. L'intervention n'a pas modifié le cours de la maladie et l'opération s'est donc avérée superflue. Ce n'est pas ce qu'avait prévu l'analyse.

Ceci provient de l'étude menée par Wennberg pour le compte de la Rand Corporation. Son équipe a étudié les dossiers pré-opératoires et a demandé à un groupe de médecins de dire si, à leur avis, l'intervention proposée s'imposait. Il s'agit là réellement d'une étude prospective, qui a donné des résultats extrêmement intéressants.

On a pu ainsi, contrairement à ce qu'on pourrait croire, constater que dans les grands hôpitaux où l'on fait beaucoup d'endoscopies gastro-intestinales, on en fait proportionnellement moins que dans les centres qui en font moins en nombre absolu, et cela malgré une expertise vraisemblablement supérieure. Ainsi, le jugement porté, a posteriori, sur l'intervention n'est pas fondé sur les résultats effectivement obtenus, mais sur un jugement, a priori, que cette intervention ne serait pas utile.

Vous avez tout à fait raison de dire que les conclusions auxquelles sont parvenus les enquêteurs peuvent appeler un certain nombre de réserves. Dans ce genre de

[Texte]

alternate research methodologies. But the simple fact of the matter is that for G.I. endoscopy, G.I. endometrectomy and bypass byssocausisectomy, we do not have the evidence. We do not have the evidence looking at quality of life, at the quality of the intervention, and at demonstrating an improved outcome. I think it becomes almost unethical to persist in that mode. We have the ability to define those issues. We must therefore do it.

Mr. Halliday: On the subject of fee for service and the deterrent effect of user fees and so on, I understand your reason to a degree. But what about the situation where people who are below a certain income level do not pay income tax? They would contribute nothing to their health costs so there would be no deterrent effect whatsoever, whereas those whose income was above a certain amount, as tested annually by your income tax, would contribute 20% or so with a cap on it each year to—

Mr. Karpoff: Why not just do it through income tax? Tax the person with the higher income.

Mr. Halliday: Lawyers are on a fee-for-service basis. I can afford to pay for a lawyer, but I seldom go because I do not feel I really need to go. If legal service was absolutely free, I would probably go quite often. I would be abusing the system. So what I am saying is that if a person can afford to pay, maybe he should be paying a part of his health care costs. If a person cannot afford to pay, he should not have to pay a thing. I would ask you to comment on that.

Prof. McMurtry: My comment is that I do not have an answer for that, although I think your question is a good one. One of the areas we really have to get into is health delivery research. It would be reasonable to look at populations that are demographically similar and to look at the effect of these alternate systems.

I would be very concerned that blocks to access for people who might be the working poor, or who might be at an income level where it is marginal to be able to afford these things, would also have an adverse effect. It is a good question. But I do not presume to have the answer until we test the hypothesis in a couple of regions.

Mr. Halliday: I wonder if there any countries in the world where you feel they have made progress that we have not in these areas you are concerned about. Your presentation was very interesting, but I do not think you left us with what I might consider a recommendation as to what we as a committee should be proposing to do about all this.

[Traduction]

situation, il est extrêmement difficile de mettre en oeuvre une épreuve unique parfaitement contrôlée. Il va falloir envisager le recours à d'autres moyens de recherche. Mais c'est un fait que nous ne possédons pas les données nécessaires en ce qui concerne l'endoscopie gastro-intestinale, l'endométréctomie et un certain nombre d'autres interventions chirurgicales. Nous ne sommes donc pas en mesure de dire si de telles interventions améliorent effectivement l'état du patient et si de telles interventions se justifient. Cela étant, il me semble presque contraire à la déontologie de persister dans les pratiques actuelles. Nous avons les moyens de cerner ce genre de problèmes, et nous devrions le faire.

M. Halliday: En ce qui concerne le paiement à l'acte, c'est-à-dire l'instauration d'un système de soins médicaux payants, et les faits dissuasifs d'un tel système, je vous suis jusqu'à un certain point. Mais qu'en serait-il des personnes qui, en raison de la modicité de leurs revenus, ne paient pas d'impôt du tout? Ces personnes ne contribueraient donc rien aux soins qu'exige leur état de santé, et l'effet de dissuasion ne jouerait donc pas sur eux. Par contre, ceux dont les revenus passent à un certain seuil, au dire du fisc, contribueraient environ 20 p. 100, avec, pour chaque année, un plafond de. . .

M. Karpoff: Pourquoi ne pas simplement financer tout cela par l'intermédiaire de l'impôt sur le revenu? Il suffit d'imposer la personne qui dispose d'un revenu plus élevé.

M. Halliday: Les avocats sont rémunérés à l'acte. Bien que je puisse me le permettre, il est rare que je consulte un avocat, étant donné que je n'en ressens pas le besoin. Si l'on m'offrait des consultations juridiques gratuites, il est probable que j'y aurais souvent recours. Je serais porté à abuser du système. J'estime donc que la personne qui a les moyens de payer devrait peut-être être tenue de régler une partie de ses frais médicaux. La personne qui n'en a pas les moyens n'aurait rien à payer. Qu'en pensez-vous?

M. McMurtry: Votre question est valable, mais je ne suis pas en mesure d'y apporter une réponse. Nous allons devoir consacrer plus d'efforts aux recherches en matière de prestation de soins médicaux. Il serait bon d'examiner la situation de groupes démographiquement comparables et d'étudier les effets des divers systèmes en place.

Je pense que tout ce qui peut faire obstacle à l'obtention de soins médicaux par ceux qui occupent un emploi mal rémunéré, ou ceux dont les revenus font des soins médicaux presque un luxe, risque d'avoir des effets néfastes. Votre question est valable, mais je ne pense pas pouvoir y répondre avant que nous ayons pu vérifier la validité de notre hypothèse dans plusieurs régions.

M. Halliday: Pouvez-vous nous dire s'il existe au monde des pays qui, d'après vous, ont obtenu de meilleurs résultats dans les domaines qui vous préoccupent le plus? Votre exposé a été d'un grand intérêt, mais vous n'avez guère proposé les meilleurs moyens d'améliorer la situation.

[Text]

What do we recommend that should be done now? Is there any other country in the world that has moved in this area that you think we should take a look at?

Prof. McMurtry: My recommendation is for health delivery research.

Mr. Halliday: Here in Canada.

Prof. McMurtry: Yes; it is urgently required. It has been recommended in various other sectors that perhaps 1% of the health budget ought to be devoted to that. Even 0.25% would be a tremendous leap forward.

Health delivery research should address the issue in a fuller way than it is currently being touted. I am familiar—through international journals and through travel—with what is going on in other countries.

First of all, the health care system in Canada is better than that in the United States in the comprehensive services it provides in terms of access. Of course there are spires of excellence in the United States that are just world class. I would not look at the English system as a model nor indeed the Japanese, in spite of their doing so many other things rather well.

I think the best leadership in health care is in Continental Europe. The countries I point to as having accomplished the best would be the Netherlands, Germany, and the Scandinavian countries. If you look at the percentage of their GNP that they spend on health, and you look at all the indicators of their population health, they are doing very well.

Mr. Halliday: Am I right in saying, Dr. McMurtry, that all three of those countries in Europe do require the patient to pay something towards their care?

Prof. McMurtry: I thought they did not, but you may know more about that than I do.

• 1025

Mrs. Maheu (Saint-Laurent—Cartierville): I would like to thank you for your presentation, Dr. McMurtry.

Following your research and your philosophy as regarding health care—at least I think what I read into your philosophy—do you foresee the day when surgeons will start refusing operations on people because of their advanced age? Do you foresee that happening?

Prof. McMurtry: I think it happens already in this sense. If somebody comes to me—patients pop into mind by large numbers—for example, with severe arthritis and very pronounced deformities. . . I operated on a woman—and I will change her name to, let us say, Olga K.—who

[Translation]

Que convient-il de faire? Existe-t-il un pays qui aurait trouvé des solutions dont nous devrions tenir compte?

M. McMurtry: À mon avis, ce qu'il convient de faire, c'est de multiplier les études dans le domaine de la prestation des soins médicaux.

M. Halliday: Au Canada?

M. McMurtry: Oui; cela constitue, à mon avis, un besoin urgent. Certains prétendent que l'on devrait consacrer à ce domaine-là 1 p. 100 du budget de la santé. Ce serait un grand progrès de consacrer ne serait-ce que 0,25 p. 100 de l'ensemble.

Les recherches en matière de prestation de soins médicaux devraient se pencher sur la situation avec beaucoup plus d'attention et d'esprit d'ouverture qu'on le fait actuellement. Mes déplacements à l'étranger et la lecture des revues internationales me permettent de me tenir un petit peu au courant de ce qui se passe dans les autres pays.

Le système de santé canadien est supérieur à celui des États-Unis, car l'accès aux divers soins médicaux y est bien meilleur. J'ajoute tout de suite que les États-Unis possèdent, dans le domaine de la médecine, des pôles d'excellence qu'ils ne cèdent à personne. Je ne pense pas, non plus, que l'on devrait prendre en exemple les Britanniques, ni même les Japonais, qui, pourtant, ont fait d'énormes progrès dans d'autres domaines.

Je pense qu'en matière de santé, c'est vers l'Europe de l'Ouest qu'il faut regarder. À mon avis, les chefs de file sont les Pays-Bas, l'Allemagne et les pays scandinaves. Regardez la part du PNB consacrée aux soins médicaux, penchez-vous sur les indicateurs de santé de la population; les chiffres sont probants.

M. Halliday: Docteur McMurtry, j'ai l'impression que dans ces pays européens, le patient est tenu de contribuer aux soins qu'il reçoit.

M. McMurtry: Ce n'était pas mon impression, mais peut-être êtes-vous mieux renseigné à cet égard.

Mme Maheu (Saint-Laurent—Cartierville): Docteur, je tiens à vous remercier pour l'exposé que vous nous avez présenté.

Je crois pouvoir déceler les principes qui sous-tendent vos travaux dans le domaine des soins de santé. Compte tenu de cette philosophie et des recherches que vous avez menées, pensez-vous qu'un jour les chirurgiens décideront de ne plus opérer les patients ayant dépassé un âge donné? Pensez-vous que cela puisse arriver?

M. McMurtry: Je pense que cela arrive déjà. Si je reçois, par exemple, la visite d'un patient qui souffre d'une arthrose avancée, avec les déformations que cela entraîne. . . J'ai opéré une femme—disons qu'elle s'appelait Olga K.—qui avait les mains complètement

[Texte]

had terribly rumpled hands and bad deformities. We operated quite successfully and corrected her deformities, but it just about wore her out. It took months and months and months for her to rehabilitate, and some days I wondered if she would see the next day after what I had done. She wanted the operation done; it was clearly indicated. I explained to her all the pros and cons of it and she went ahead; she then came to me and said she wanted her second hand done. I sat down with her, on her bed, put my arm around her and said, Olga, I think I would do you more harm than good, because do you remember all the struggles and difficulties we went through the last time? She and I had a chat along that line. It was not because of her number, because she was such and such age, but because of her general vigour, health and well-being. I just told her that I would hate to make her worse and suggested we just put it on hold. I see her from time to time, and she has grown comfortable with that decision.

I would never make it on the basis. . . heavens, I had a 93-year-old man who came to me. He had sawn into both his fingers and they were flopping all over the place. Everybody told him he was too old to have surgery, and he had more vigour than I do. This guy was phenomenal. He had been out in his wood shop; he was always running around. So we went ahead and operated, reconstructed his fingers. He did very well. He did not like the idea of going out of the hospital, because he was having a great time flirting with the nurses. Therefore, the number is not the issue.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Depuis que j'ai demandé la parole, le docteur a répondu à presque toutes les questions que je me posais.

Je pense que ces cas de personnes âgées reviennent très souvent. Je peux vous donner l'exemple d'une dame d'au-delà de 80 ans qui voulait avoir un *scan*. Elle habitait assez loin à la campagne. Le transport en ambulance aurait coûté très cher, et les médecins étaient tous d'accord que cet examen ne donnerait absolument rien. On savait exactement ce qu'elle avait. Mais la famille insistait beaucoup. Quand il est question de vie ou de mort, les enfants veulent tout essayer pour leurs parents. Où tirez-vous la ligne dans ces cas? Est-ce qu'un patient ou une patiente pourrait aller jusqu'à invoquer la Charte canadienne des droits et libertés pour exiger qu'on lui donne une opération ou des soins auxquels il a droit? Est-ce que cela peut devenir une difficulté pour la profession médicale?

Prof. McMurtry: It is indeed a problem, but in my own practice and in that situation I would just revert to saying "which part of no is it that you do not understand". I think if you tell somebody you care about their well-being, you care about how they are, there is just no evidence that sending them on that long trip and submitting them to that CT scan is going to help them, if the evidence is very clear on that basis, I would simply say no. If they wish to then get into a process of taking it

[Traduction]

déformées. L'opération a bien marché, et nous avons pu corriger ses difformités. Mais l'opération l'a tellement fatiguée qu'il lui a fallu des mois et des mois pour se remettre et, parfois, je me demandais si elle allait survivre. Elle voulait qu'on l'opère et l'a très nettement fait savoir. Je lui ai expliqué tous les avantages et les inconvénients d'une telle intervention, et elle a décidé de s'y soumettre. Après cela, elle est venue me demander d'opérer l'autre main. Je me souviens m'être assis à côté d'elle, sur son lit, de lui avoir mis la main sur l'épaule et de lui avoir dit: Olga, je pense que cela vous ferait plus de mal que de bien. Vous souvenez-vous de la douleur et des difficultés qu'il a fallu surmonter la dernière fois? Nous en avons parlé. La question ne dépendait pas de son âge, mais de son état général de santé, de son niveau d'énergie. Je lui ai tout simplement dit que je ne voulais pas aggraver son état. Je lui ai proposé de nous en tenir à cela. Je la revois de temps en temps, et elle s'y est faite.

Mais jamais je ne fonderais ma décision sur le seul âge du patient. J'ai eu affaire à un homme de 93 ans qui est venu me voir. Par accident, il avait entamé les doigts d'une main avec une scie. Ses doigts ne tenaient qu'à un fil. Tout le monde lui a dit qu'il était trop vieux pour aller en chirurgie, mais il avait plus de force que moi. Un phénomène de la nature. L'accident s'était produit dans son atelier; c'était un homme actif. Donc, on a opéré et on a rattaché ses doigts. Il s'en est très bien remis. Il n'avait pas envie de quitter l'hôpital tellement il prenait plaisir à flirter avec les infirmières. Ce n'est donc pas une question d'âge.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Since I asked for the floor, the doctor has answered most of the questions I intended to ask.

The case of elderly people comes up again and again. I could quote the example of a lady over 80 who wanted to get a scan. She lived in the countryside, in a fairly remote spot. It would have cost a lot to drive her in an ambulance, and all the doctors were agreed that the scan would yield no use of results. Everyone knew exactly what she was suffering from. But her family insisted. When it is a question of life and death, children want to do everything they can for their parents. Where would you draw the line in such a case? Could a patient go so far as to put forward the Canadian Charter of Rights and Freedoms and demand to have the operation or medical procedure he is entitled to? Could this raise a problem for the medical profession?

M. McMurtry: Cela pourrait effectivement poser un problème, mais dans le cadre de ma pratique, je dirais simplement au patient, dans une situation pareille: je vois que vous avez du mal à comprendre un refus pur et simple. Si vous assurez le patient que son état de santé vous tient à coeur, si vous lui dites que rien, dans son état de santé, ne semble justifier le déplacement et le recours au scanner, si vous expliquez bien cela en donnant vos raisons, vous pouvez maintenir votre refus. Si le patient

[Text]

through a legal channel, I would say that is something I will have to live with, but I will not do that kind of intervention when I am convinced it will not do anything positive.

• 1030

Speaking as an individual practitioner, I do not know how much this helps to work on a system basis on the communication as to their expectations. Sometimes people think there is a therapeutic benefit to doing an X-ray. What is their hope for the outcome? If any kind of reasonable case could be made, I would capitulate; but where there is not, I think we need to say no. I think it is as simple as that, and I do not mean no in a harsh or abusive way, but no in a supportive way with explanation. I see that practice carried on all the time.

The actual incidences of people being that insistently demanding are low. Where it has the biggest impact and worries me the most is where people can be kept alive with a meaningless existence in the intensive care area. To most sensible individuals, when they are in a chronic vegetative state with no hope for the future. . . quite often families will still wish everything to be done. We then get into a very difficult moral and ethical issue. Basically what we do is we keep them alive in what would appear to be a meaningless existence, and that can be extremely expensive.

A vast percentage of our health care dollar is spent in the last few months of life, as you know. We have to come to grips with this, and it is a big issue of public education.

Ms Greene (Don Valley North): I was just thinking about the coronary bypass situation. I believe your figure was \$37,000 for the average cost.

Prof. McMurtry: Yes, but that is an American figure.

Ms Greene: Certainly from my experience, the people who get these tend to be wealthy males who drink, eat and smoke. I am just wondering about the whole ethics here. Are doctors operating on people who should be changing their lifestyle?

Prof. McMurtry: There is no question that the health care system is confronted by diseases caused by wrong lifestyles. But what does one do?

Ms Greene: Do the doctors say that they will not operate if the person is not going to change his lifestyle, because he is just going to be back again afterwards?

Prof. McMurtry: If a kid is drinking and driving, which is really an acute example of the same thing, and crashes out, I would not contemplate for a moment not fixing his

[Translation]

décide d'avoir recours à la justice, qu'il le fasse, mais, en ce qui me concerne, je me refuse à toute intervention que j'estime superflue ou inefficace.

Je ne sais pas si l'attitude qui est la mienne, c'est-à-dire essentiellement celle d'un seul praticien, pourrait aider à jeter les bases d'une nouvelle manière de répondre aux attentes du patient sans mettre en cause le bon fonctionnement de notre système de soins médicaux. Parfois, le patient considère que le rayon X peut avoir des effets thérapeutiques. Sur quoi un tel espoir peut-il être fondé? Si j'y vois une possibilité, je me rends aux raisons du patient, mais je crois qu'il faut savoir refuser dans les cas où cela s'impose. C'est aussi simple que cela. Je ne veux pas dire qu'il faut refuser avec véhémence ou condescendance. Non, mais je pense que l'on peut refuser de manière constructive, en prenant soin de bien l'expliquer. Je le vois souvent faire.

Ajoutons qu'il est rare qu'un patient soit aussi pressant. Les cas qui m'inquiètent le plus et qui prêtent le plus à conséquence sont ceux où l'on peut, au service des soins intensifs, maintenir une personne en vie, mais dans un état artificiel. Tout individu raisonnable, se sachant sombrer dans un état comateux chronique, dénué de tout espoir de. . . Et souvent, la famille veut néanmoins que tout soit mis en oeuvre. Cela nous pose alors de très délicats problèmes d'éthique et de déontologie. Nous ne faisons que les maintenir en vie par des moyens très onéreux, mais dans un état d'existence artificielle, apparemment dénuée de signification.

Vous savez sans doute qu'une très forte proportion de nos budgets de santé est consacrée aux quelques derniers mois de vie des patients. Il va falloir réexaminer cela et sensibiliser l'opinion publique à l'égard de ce sérieux problème.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Je songeais aux pontages coronariens. Vous avez cité, je pense, un coût moyen de 37,000\$.

M. McMurtry: Oui, mais c'est le prix aux États-Unis.

Mme Greene: D'après ce que je sais, ceux qui bénéficient de ce genre d'intervention sont en général des gens assez fortunés, principalement des hommes fumeurs et bons vivants. Pour moi, cela pose un problème moral. Assure-t-on des interventions chirurgicales à des gens qui devraient, plutôt, envisager de changer leurs habitudes?

M. McMurtry: Il est évident que certaines des maladies que nous cherchons à guérir sont dues à de mauvaises habitudes. Mais que faire?

Mme Greene: Certains médecins refusent-ils d'opérer si leurs patients refusent de modifier leurs habitudes?

M. McMurtry: Prenons un adolescent qui conduit en état d'ébriété, ce qui correspond un petit peu à la situation que vous évoquez. Supposons qu'il ait un

[Texte]

fractures and dealing with his head injury. But I think we should get into a very vigorous campaign of re-education of that person.

When you are dealing with a cardiac bypass, this is the spin-off of 20, 30 and 40 years of inappropriate lifestyle. As a physician, I could not refuse treatment to people because they have an inappropriate lifestyle.

Ms Greene: But the prognosis for success, if they do not change that lifestyle, must be substantially lower than somebody who would.

Prof. McMurtry: I know. To take it to an extreme, here is a case to put a finger on. I can remember a smoker who had a vascular disease. One leg was chopped off, and you do not have vascular amputations for poor red blood supply. Stop smoking. It was doing him in—emphysema and chronic bronchitis. Then the next leg came off. It was so bad at the left upper extremity and then the right upper extremity. . . the last time I saw this particular individual they had a set-up where with what was left of his upper extremity he could stick the cigarette to the mouth.

Ms Greene: I have a brother-in-law who has voice boxes and so on. . . and is still smoking. Is there not a question here about asking for public money and public assistance and not being prepared to follow the doctor's advice?

Prof. McMurtry: Yes, there is. Should society pay for people who systematically and flagrantly self-abuse? The answer is that I would not ever say no. For a person on their fourth extremity who has infection and gangrene, I would not say I am not going to operate and so let him die. I could not consider such a thing.

• 1035

Ms Greene: Never? You feel that surgery as opposed to a change in lifestyle is the correct treatment.

Prof. McMurtry: No, no. I would stand on my head and get the best people I could possibly manage at square one—which is what we did—to try to convince him not to. I think the problem rooted back to the way the person was raised, with the background of being an abused child and being treated with reckless disregard, which then breeds a certain kind of behaviour downstream.

Ms Greene: The behaviour should be treated.

Prof. McMurtry: Oh, sure. But your success rate in changing behaviours at that age is rather low.

Ms Greene: The other thing that concerns me is it seems to me that most of these people getting these coronary bypasses tend to be fairly affluent and male. I

[Traduction]

accident; il est bien évident que je ne vais pas hésiter une demi-seconde avant de réduire ses fractures et de soigner ses blessures. Mais je pense que l'on pourrait tout à fait le sermonner énergiquement.

Un pontage coronarien vient après 20, 30 ou 40 ans d'habitudes à déconseiller. Et en tant que médecin, je ne peux pas refuser de traiter quelqu'un du simple fait qu'il a contracté de mauvaises habitudes et que son mode de vie lui est néfaste.

Mme Greene: Mais le pronostic pour quelqu'un qui ne renie pas ses mauvaises habitudes est sans doute plus mauvais que pour un autre.

M. McMurtry: Je le sais bien. Prenez le cas suivant, un cas extrême. Je me souviens d'un fumeur qui souffrait de troubles circulatoires. On a dû l'amputer d'une jambe, et vous savez qu'on ne procède pas généralement à une amputation tout simplement pour cause de mauvaise circulation. Arrêtez-vous de fumer. Cela le tuait—emphysème et bronchite chronique. Puis ce fut l'autre jambe. Puis ce fut le tour du bras gauche, puis du bras droit. . . la dernière fois que je l'ai vu, on lui avait mis un appareil pour qu'il puisse, avec ce qui lui restait de son bras, porter une cigarette à la bouche.

Mme Greene: J'ai un beau-frère qui a un larynx de prothèse, mais qui fume encore. Ne pourrait-on pas, en de pareilles conditions, s'interroger sur le cas de ces personnes qu'on continue à aider à même les deniers publics alors qu'eux continuent à rejeter les conseils du médecin?

M. McMurtry: On pourrait effectivement s'interroger sur cela. La société devrait-elle continuer à payer les soins destinés à ceux qui, de toute évidence, ne font rien pour se guérir? Je ne dirais jamais non. Pour quelqu'un qu'est atteint d'infection et de gangrène et dont c'est le quatrième membre, je ne dirais pas que je refuse d'opérer et que je préfère le laisser mourir. C'est impensable.

Mme Greene: Jamais? Vous trouvez qu'il vaut mieux recourir à la chirurgie que changer le mode de vie.

M. McMurtry: Non, non. Je vais me décarcasser pour trouver au départ—ce que nous avons fait—les personnes les plus qualifiées pour essayer de le convaincre d'agir autrement. Le problème remonte à la façon dont la personne a été élevée, à la violence dont elle a souffert dans l'enfance et à la négligence dont elle a fait l'objet, ce qui a abouti à un certain type de comportement ultérieurement.

Mme Greene: C'est le comportement qu'il faudrait traiter.

M. McMurtry: Oh, bien sûr. Mais on a peu de chances de réussir à changer le comportement à cet âge-là.

Mme Greene: Une autre question m'intéresse; il semble que ces pontages coronariens soient le plus souvent réalisés sur des hommes assez aisés. Je me

[Text]

am wondering if there is something happening. Are there any statistics on who gets these coronary bypasses?

Prof. McMurtry: There is no question that it is much more of a male disease, and men are more predisposed to coronary heart disease than women. We may see a change in this because the smoking incidence in females has risen and we are starting to see a real rise amongst women in lung cancer, which used to be a predominantly male disease. We may start to see similar rises in bypass surgery in women. There is still some protective affect of the female hormones in terms of vascular disease.

Ms Greene: What about an income split? Do wealthy people get those more than—

Prof. McMurtry: I think that all indicators show that one of the best prognosticators of poor health and morbidity is being in the low socio-economic classes. As for access to health care, the well-to-do are better able to access virtually any system, not only health, because they speak the same language and they are peers with the providers.

Ms Greene: It seems to be fashionable in certain groups to have a coronary bypass.

Prof. McMurtry: I would not know if it was really fashionable.

Ms Greene: My uncle is there; he lined right up.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): I am sorry I was not here to hear your presentation. I just have a couple of quick questions, but the answers are not necessarily very quick.

We are here to try to consider the federal government's role. On the basis of your remarks about changes in the use of resources, deploying resources more wisely, changing the mix between institution and community care and trying to deal with the problems of providing better and more services in rural areas, could you just say something about the leadership role currently exhibited by the federal government and what leadership role you might see as useful in ensuring that the health care system looks more like you would like it to look?

Prof. McMurtry: You are getting outside my area of expertise. Speaking as somebody who is ignorant on the subject, I will launch ahead.

If I were sitting in a federal position, where have the "funding lever" of transfer payments, I would wonder if it could not be made conditional on certain programs coming into existence on a provincial level. The program one would recommend is looking at alternate delivery modes, number one. Two is the support of health delivery research. Three is to look at projects of educational impact on "wellness". I really think the earlier the

[Translation]

demande si c'est significatif. A-t-on des statistiques sur ces pontages coronariens?

M. McMurtry: Il est certain que c'est une maladie qui affecte surtout les hommes et que ceux-ci sont plus prédisposés aux maladies cardiaques coronariennes que les femmes. Il y aura peut-être un changement à cet égard, dans la mesure où les femmes sont plus nombreuses à fumer et où l'on observe une nette augmentation du cancer du poumon chez les femmes, alors que c'était une maladie à prédominance masculine. Nous observerons peut-être une augmentation analogue du nombre de pontages chez les femmes. Néanmoins, les hormones féminines ont un effet protecteur contre les maladies vasculaires.

Mme Greene: Et au plan du revenu? Les personnes riches ont-elles davantage...

M. McMurtry: Tous les indicateurs montrent que les chances de mauvaise santé et de morbidité sont beaucoup plus élevées dans les classes socio-économiques les plus basses. Pour ce qui est de l'accès aux soins de santé, les personnes aisées ont plus facilement accès à tous les systèmes, pas uniquement dans le domaine de la santé, parce qu'elles parlent la même langue et appartiennent au même milieu que ceux qui s'en occupent.

Mme Greene: On dirait que c'est à la mode dans certains groupes d'avoir un pontage coronarien.

M. McMurtry: Je ne sais pas si c'est vraiment une question de mode.

Mme Greene: Mon oncle est dans ce cas; il s'est tout de suite mis sur la liste.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Je regrette, je n'étais pas là pendant votre exposé. J'ai deux brèves questions à vous poser, mais les réponses peuvent être plus longues.

Nous sommes ici pour examiner le rôle du gouvernement fédéral. D'après ce que vous avez dit au sujet des changements dans l'utilisation des ressources, de leur déploiement plus judicieux, du changement dans la répartition entre les soins institutionnels et communautaires et de la façon de régler les problèmes de qualité et de quantité des services dans les zones rurales, pourriez-vous nous parler du rôle de leadership actuel du gouvernement fédéral et nous dire ce qui serait utile d'après vous pour que les système de soins de santé correspondent mieux à ce que vous souhaitez?

M. McMurtry: Vous sortez de mon domaine de connaissances. Malgré mon ignorance du sujet, je vais me jeter à l'eau.

Si je me trouvais au gouvernement fédéral, et si je disposais du «levier de financement» que sont les paiements de transfert, je me demanderais s'il ne serait pas possible d'exiger la mise en place de certains programmes au niveau provincial. Je recommanderais un programme portant en premier lieu sur les autres formules de fourniture des soins et, deuxièmement, je m'attaquerais à la recherche sur cette question. En

[Texte]

targeting occurs in the educational system the better. This is a conviction I harbour very strongly.

I think there is a tremendously important role the federal government can make if they steer funds that are earmarked for that activity and that cannot be absorbed in the global and expended in some other way. I think this would have an enormous impact.

We need incentives for change. Right now there is a lot of heat being felt. What is not clear is the direction we should be going. There is a real need for leadership to start asking the fundamental questions. We need to give incentives to facilities that ask these questions in an effective way and give defensible answers with a hard data base.

• 1040

Mr. Axworthy: There does not appear to be any effective mechanism at the federal level for setting health care objectives or standards which might suggest the sort of programs you are talking about, and by which you might then assess the benefits and the cost.

Is it not time that we had some national mechanism for setting health care priorities and objectives?

Prof. McMurtry: It would strike me as being a good plan. Certainly NHRDP is one agency that is in an excellent position to be helpful in this regard. In our own interactions we have had a lot of helpful advice and guidance from people like Marie Fortier and Peter Glenn of that organization.

One would like to see an expanded role for NHRDP to cause program development such as the one I am talking about, but there may be other venues that I am ignorant of.

La vice-présidente: Docteur McMurtry, votre présentation a suscité beaucoup d'intérêt chez les députés. Au nom du Comité, je vous remercie beaucoup d'être venu comparaître devant nous. Vos propos étaient très pertinents.

Dr McMurtry: Merci.

La vice-présidente: La séance est levée.

[Traduction]

troisième lieu, il faut envisager des projets d'ordre éducatif pour promouvoir la «vie saine». D'après moi, plus on intervient tôt sur ces problèmes dans le système d'éducation, mieux c'est. J'en suis absolument convaincu.

À mon avis, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle extrêmement important en orientant les fonds réservés pour cette activité et ne pouvant être utilisés dans un contexte plus général. L'impact pourrait être considérable.

Il faut des incitations au changement. Actuellement, les pressions en ce sens ne sont pas très fortes. On ne sait trop quelle orientation suivre. Il faut que quelqu'un donne le ton pour que l'on commence à se poser les questions fondamentales. Nous devons encourager les groupes qui cherchent à poser les vraies questions et donnent des réponses valables fondées sur des données solides.

M. Axworthy: Il ne semble pas y avoir de mécanisme fédéral efficace pour définir des objectifs ou des normes de soins de santé correspondant au genre de programmes que vous envisagez et qui permettraient d'évaluer ensuite les avantages et les coûts.

Ne faudrait-il pas mettre en place un mécanisme national pour définir les priorités et les objectifs en matière de soins de santé?

M. McMurtry: Je trouve l'idée excellente. Le PNRDS est tout à fait bien placé pour cette utilisation. Dans nos propres activités, nous avons reçu beaucoup de conseils très utiles de personnes comme Marie Fortier et Peter Glenn, qui appartiennent à cette organisation.

Il serait bon d'élargir le rôle du PNRDS pour élaborer des programmes comme ceux dont j'ai parlé, mais il peut y avoir d'autres possibilités que j'ignore.

The Vice-Chairman: Professor McMurtry, your presentation has been very interesting for all members. On behalf of the committee, thank you for appearing before us. Your comments were most relevant.

Professor McMurtry: Thank you.

The Vice-Chairman: The meeting is adjourned.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESS

As individual:

Dr. Robert Y. McMurtry, Professor and Head, Surgery,
University of Calgary and Director, Department of
Surgery, Foothills Hospital.

TÉMOIN

A titre personnel:

D^r Robert Y. McMurtry, professeur et chef, chirurgie,
Université de Calgary et directeur, service de
chirurgie, Foothills Hospital.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 22

Tuesday, March 27, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 22

Le mardi 27 mars 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MARCH 27, 1990
(28)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:07 o'clock a.m. this day, in Room 308, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter and Stan Wilbee.

Acting Members present: Dawn Black for Joy Langan; Marc Ferland for Nicole Roy-Arcelin; Margaret Mitchell for Chris Axworthy; Pat Sobeski for Brian White.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker and Odette Madore, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Advisory Council on the Status of Women: Glenda P. Simms, President; Eliane Silverman, Director of Research. *From the Canadian Health Coalition:* Kathleen Connors, Vice-Chairperson, President of the National Federation of Nurses Unions; Pamela FitzGerald, Executive Coordinator.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Glenda P. Simms made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 10:19 o'clock a.m., the representatives from the Canadian Health Coalition appeared before the Committee. Kathleen Connors made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 11:01 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 27 MARS 1990
(28)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 07, dans la pièce 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter et Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Dawn Black remplace Joy Langan; Marc Ferland remplace Nicole Roy-Arcelin; Margaret Mitchell remplace Chris Axworthy; Pat Sobeski remplace Brian White.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker et Odette Madore, attachées de recherche.

Témoins: Du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme: Glenda P. Simms, présidente; Eliane Silverman, directrice de la recherche. *De la Coalition canadienne de la santé:* Kathleen Connors, vice-présidente et présidente de la Fédération nationale des syndicats d'infirmières et d'infirmiers; Pamela FitzGerald, coordonnatrice exécutive.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Glenda P. Simms fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

A 10 h 19, les témoins de la Coalition canadienne de la santé comparaissent. Kathleen Connors fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 11 h 01, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, March 27, 1990

• 0906

The Chairman: Order, please. We have a quorum, and pursuant to Standing Order 108 the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we have the pleasure of hearing two groups of witnesses. The first is from the Canadian Advisory Council on the Status of Women. We have the president, Glenda Simms, the director of research, Elaine Silverman, and Delores Backman, also from research. We do welcome you this morning, and we look forward to your testimony.

As I mentioned to you earlier, we have been holding hearings for some time with a wide range of groups who have an interest in an area I think all of us as Canadians are deeply concerned about. That is the health care system in this country and what we feel is necessary to make the improvements in that system that will be of benefit to all Canadians. We look forward to your testimony, followed by questions from the members. With that, I would ask if you would please present your testimony to the committee this morning. Thank you very much again for appearing.

Ms Glenda Simms (President, Canadian Advisory Council on the Status of Women): Thank you, Mr. Chairman. I would like to thank the committee for accepting our brief this morning. I am pleased to appear before this committee to present some of the concerns of the Canadian Advisory Council on the Status of Women on the health care needs of the women of Canada. Let me make a few introductory remarks about the council's role.

The Canadian Advisory Council on the Status of Women was established in 1973 on the recommendation of the 1970 Royal Commission on the Status of Women. The council is composed of a maximum of 27 part-time and 3 full-time members appointed by the federal government. Collectively, council members represent the regional, cultural, ethnic and linguistic diversities of Canada.

The objective of the council is to bring before the government and the public matters of interest and concern to women. Thus, the council provides the federal government with advice on the impact on women of existing or proposed policies and programs, undertakes and publishes research on issues of interest and concern to women with the view to achieving needed reform, informs the general public on key issues, promotes an

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 27 mars 1990

Le président: La séance est ouverte. Il y a quorum, et conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit son étude du système de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous accueillons ce matin deux groupes de témoins, dont les premiers appartiennent au Conseil consultatif canadien de la situation de la femme. Je souhaite la bienvenue à la présidente, M^{me} Glenda Simms, à la directrice du service de recherche, M^{me} Elaine Silverman, ainsi qu'à M^{me} Dolores Backman de ce service également. Nous avons hâte d'entendre votre témoignage.

Comme je vous l'ai dit plus tôt, nous avons déjà entendu un bon nombre de groupes nous exposer leur point de vue sur un sujet qui préoccupe grandement tous les Canadiens, soit le régime de soins de santé. Nous estimons qu'il importe d'améliorer celui-ci à l'avantage de tous les Canadiens. Après votre exposé, les membres du Comité vous poseront certaines questions. Je vous laisse donc la parole. Je vous remercie encore une fois d'être ici.

Mme Glenda Simms (présidente, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme): Je vous remercie, monsieur le président. J'aimerais d'abord remercier le Comité de nous accueillir ce matin. Je suis heureuse de vous faire part des préoccupations du Conseil au sujet des besoins de santé des Canadiennes. Permettez-moi d'abord de vous parler brièvement du rôle du Conseil.

Le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme a été créé en 1973 pour donner suite à une recommandation formulée en 1970 par la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme. Le Conseil se compose au maximum de 27 membres à temps partiel et de trois membres à temps plein nommés par le gouvernement fédéral. Les membres du Conseil représentent les diverses composantes régionales, culturelles, ethniques et linguistiques du Canada.

Le mandat du Conseil est de sensibiliser le gouvernement et la population aux questions qui intéressent tout particulièrement les femmes. Il conseille le gouvernement au sujet de l'incidence des politiques et des programmes proposés et mène et publie des recherches sur les questions qui intéressent les femmes dans le but de proposer les réformes qui s'imposent. En outre, il sensibilise la population et la presse à

[Texte]

awareness of these issues through public and media relations, and contributes to creating Canadian research on women's issues.

• 0910

The health care needs of women have long been a priority issue for the council. Since the Canadian Advisory Council on the Status of Women was established in 1973 it has been recommending changes to the health care system that would reflect women's needs. Therefore, we are pleased to hear that the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors, and the Status of Women of the House of Commons is resuming its study of the health care system in Canada. However, we regret that the standing committee's guidelines do not acknowledge that the health needs of women and men differ. We urge the committee to be alert to these differences.

This brief will deal with the council's main concerns with regard to women's health care requirements. These include access to reproductive health services, including abortion for all women in Canada; access to other health care services, including a broadened definition of such services and of professional categories covered by health insurance plans such as midwifery, especially taking into consideration the particular needs of women living in rural and remote areas; and the role of stress, which because of inadequate programs and services remains too often an unacknowledged, undiagnosed and untreated health hazard to Canadian women.

To illustrate these priority concerns we would like to draw upon five research projects undertaken in the past few years by the council: "Women's Reproductive Health, the Canadian Charter of Rights and Freedoms and the Canada Health Act", 1989; "Women, Paid/Unpaid Work and Stress", 1989; "The Reality Gap: Closing the Gap Between Women's Needs and Available Programs and Services", 1988; "Growing Strong: Women and Agriculture", 1987; and "Health and Home: Women as Health Guardians", 1986. These publications provide examples of health care services needed by but not available to the women in Canada.

As well, they outline instances where existing services do not meet the needs of women which derive mainly from their reproductive capacity and their experiences in our society. Copies of these publications are available from the council and can be made available to the members of this committee.

Guided by the philosophies expressed in the council's studies, in September 1986 we recommended that:

[Traduction]

l'importance de ces questions et contribue à faire avancer les recherches dans ce domaine.

Depuis longtemps, le Conseil attache beaucoup d'importance aux besoins de santé des femmes. Depuis sa fondation, en 1973, le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme (CCCSF) a recommandé des modifications au régime de services de santé pour qu'il corresponde mieux aux besoins particuliers des femmes. Nous sommes donc heureuses d'apprendre que le Comité permanent de la santé, du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, de la Chambre des communes, a repris ses travaux d'étude du régime canadien de services de santé. Nous constatons toutefois avec regret que les lignes directrices du Comité ne font aucune mention du fait que les besoins des femmes diffèrent de ceux des hommes, et nous prions instamment le Comité de se montrer sensible à ces différences.

Le présent mémoire passera en revue les grandes préoccupations du CCCSF quant aux besoins des femmes en matière de services de santé, et notamment: l'accès aux services d'hygiène de la reproduction, y compris l'avortement, pour toutes les habitantes du Canada; l'accès aux autres services de santé, et ce par un élargissement de leur définition et des catégories professionnelles qu'englobent les régimes d'assurance-santé—pour y inclure les sages-femmes, entre autres—en apportant une attention particulière aux besoins spéciaux des femmes qui vivent en milieu rural et dans les régions éloignées; l'influence du stress qui, faute de programmes et de services adéquats, demeure trop souvent un facteur non reconnu, non diagnostiqué et sans traitement.

Eu égard à ces priorités, nous aimerions attirer l'attention du Comité sur cinq grands travaux de recherche effectués par le CCCSF ces dernières années: «La reproduction féminine, la Charte canadienne des droits et libertés et la Loi canadienne sur la santé» (1989); «Le travail des femmes et le stress» (1989); «L'écart des réalités: combler l'écart entre les besoins des femmes et les services offerts» (1988); «Place aux femmes dans l'agriculture» (1987); «La femme protectrice de la santé» (1986). On trouvera dans ces publications des exemples de services de santé dont les femmes ont besoin, mais dont elles ne peuvent se prévaloir au Canada.

Elles exposent également d'autres cas où les services existants ne répondent pas à leurs nécessités, lesquelles dérivent surtout de leur fonction reproductrice et de leur expérience au sein de notre société. On peut se procurer des exemplaires de ces publications auprès du CCCSF. Nous veillerons à en faire parvenir aux membres du Comité.

En septembre 1986, fort des conclusions des études qu'il avait menées, le CCCSF a recommandé:

[Text]

the federal government ensure that the five underlying principles of the Canada Health Act, (accessibility, universality, comprehensiveness, portability, and public administration) apply equally and in reality to every citizen of Canada regardless of province, territory, geographic isolation, income level, and ethnic, cultural, or linguistic background.

The Canadian Advisory Council on the Status of Women urges that health care be designed to reflect the changing socio-demographic reality of women in Canada. Longevity and reduced fertility are the changes in demographic patterns that most affect women. Women outlive men by seven to eight years. The decline in fertility derives from physiological as well as from social factors. As a result of these changes more women will be seeking health care services than ever before.

Access to reproductive health services: Women's child bearing ability means that medical services directed to contraception, sterilization, pregnancy, abortion, childbirth, surgery, infertility, breast examinations, premenstrual syndrome, and menopause are essential aspects of women's reproductive health care. Lack of access to these necessary services, including abortion, is an extremely serious problem. Inadequate services undermine the nationally recognized goal of accessible quality health care for all persons and jeopardizes the physical and psychological well-being of women in Canada.

• 0915

The council has repeatedly stressed the need to make equitable access to birth-planning information and abortion a fundamental feature of Canada's health care system. Unfortunately, access has not improved in recent years. In fact, in many areas of this country it has actually decreased, while in others it is non-existent. For example, no legal abortions have been performed in Prince Edward Island since 1982. In Newfoundland, only one doctor at St. John's General Hospital performs the procedure. In Regina, Saskatchewan, gynaecologists refuse to perform abortions because the medicare rate is too low. The current state of access across Canada is erratic, to say the least.

In March 1988, the council recommended that a pregnant woman who has made the decision to have an abortion should have access to abortion services at the earliest opportunity and should not be forced into a late-term abortion or denied access altogether by reason of obstructive diagnostic procedures and practises, financial impediments, geographic location, or legal or quasi-legal proceedings. Further, reproductive health services and abortion must be available to women equitably

[Translation]

que le gouvernement fédéral s'assure que les cinq principes sous-jacents à la Loi canadienne sur la santé (accessibilité, universalité, exhaustivité, transférabilité des prestations et administration publique) s'appliquent également et dans les faits à tous les citoyens et citoyennes du Canada, quels que soient leur province, leur isolement géographique, leur classe de revenu, ainsi que leur appartenance ethnique, culturelle et linguistique.

Le CCCSF préconise que dans la prestation des services de santé, il soit tenu compte de la réalité socio-démographique changeante des femmes du Canada, et notamment de leur longévité et de leur taux de fécondité à la baisse. L'espérance de vie des femmes est de sept à huit années supérieure à celle des hommes, et le déclin du taux de fécondité s'explique par des facteurs autant physiologiques que sociaux. Par conséquent, il est à prévoir qu'un plus grand nombre de femmes, comme jamais auparavant, auront besoin de services de santé à l'avenir.

Accès aux services d'hygiène de la reproduction: les services médicaux axés sur la contraception, la stérilisation, la grossesse, l'avortement, l'accouchement, la chirurgie, l'infécondité, l'examen des seins, le syndrome prémenstruel et la ménopause sont tous les éléments essentiels à l'hygiène féminine de la reproduction, du fait même de la capacité reproductive des femmes. L'inaccessibilité de ces services, dont celui de l'avortement, est un problème extrêmement grave. De plus, leur prestation inadéquate contrevient au principe reconnu nationalement de l'accessibilité à des services de qualité pour toute la population, et met en péril le bien-être physique et psychologique des femmes du Canada.

Le CCCSF a maintes fois insisté pour que l'information sur le planning des naissances et l'avortement deviennent des éléments fondamentaux du régime canadien. Malheureusement, l'accès à ce genre de services ne s'est pas amélioré ces dernières années. Ainsi, aucun avortement légal n'a été pratiqué à l'Île-du-Prince-Édouard depuis 1982. À Terre-Neuve, un seul médecin, à l'hôpital général de Saint-Jean, procède à des avortements. En Saskatchewan, les gynécologues de Regina refusent de pratiquer des avortements parce que les tarifs de l'assurance-maladie sont trop bas. Le moins qu'on puisse dire, c'est que la situation est fluctuante, d'une région à l'autre du pays.

En mars 1988, le CCCSF a recommandé que toute femme enceinte qui a pris la décision de se faire avorter ait accès au plus tôt à des services d'avortement sans être obligée d'y renoncer ou forcée d'envisager un avortement tardif à cause d'un trop long processus de diagnostic, d'empêchements financiers, de l'éloignement géographique, ou de procédures légales ou quasi légales. Les services d'hygiène de la reproduction et l'avortement doivent être accessibles de façon équitable partout au

[Texte]

throughout Canada and funded completely by provincial-territorial health insurance plans in keeping with the principles of universality, accessibility, and comprehensiveness, as stated in the Canada Health Act.

The council first recommended to the federal government that abortion be removed from the Criminal Code in September 1973. This recommendation was reiterated on several occasions until on January 28, 1988, the Supreme Court of Canada struck down section 251, the abortion section of the Criminal Code.

After preliminary analysis of the current abortion legislation being proposed, the Canadian Advisory Council on the Status of Women has determined that no new federal legislation on abortion is necessary. We have recommended that the government use existing legislation—the Canada Health Act—to ensure access to the reproductive health services and bring the act into line with the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

The federal government's gradual withdrawal of grant allocations to the Planned Parenthood Federation of Canada over the past 10 years, coupled with the existing provincial-territorial disparities in respect of access to family planning information and abortion, is of grave concern to the Canadian Advisory Council on the Status of Women.

We strongly believe that access to family planning services, in conjunction with sex education in the schools, is the most significant factor in reducing the need for abortion services. We urge the government to take a leadership role in ensuring that information on family planning be available to all women throughout Canada.

The Canadian Advisory Council on the Status of Women's paper, *The Reality Gap*, notes the absence of essential health care services such as gynaecological, obstetric, and psychiatric services in isolated regions in Canada. In some regions gynaecologists have waiting lists of 900 women. In cases where services do exist, they do not always meet the demand or recognize the reality of Canada's geographic, cultural, and ethnic diversity. If this diversity is to be better served, it is essential to provide information and services in the language of the people using the system and with sensitivity to their cultural concerns.

• 0920

In *Growing Strong: Women in Agriculture*, the authors point out the importance of attempting to decentralize medical care and note the measures taken by a few provinces to encourage doctors to establish practices in isolated areas. The voices of women from across Canada confirm these problems particular to remote areas, which are clearly revealed in our research.

[Traduction]

Canada et subventionnés entièrement par les régimes d'assurance-maladie des provinces selon les principes d'universalité, d'accessibilité et de polyvalence contenus dans la Loi canadienne sur la santé.

Dès septembre 1973, le CCCSF recommandait au gouvernement de rayer l'avortement du Code criminel. Nous avons plusieurs fois réitéré cette recommandation, jusqu'à ce que la Cour suprême du Canada invalide l'article 251 (avortement) du Code criminel, le 28 janvier 1988.

Après une analyse préliminaire du projet de loi actuel sur l'avortement, le CCCSF a estimé qu'il était inutile que le gouvernement légifère de nouveau sur cette question. Nous avons recommandé qu'il ait recours à la législation actuelle—soit la Loi canadienne sur la santé—pour assurer l'accès aux services d'hygiène de la reproduction, et qu'il modifie cette loi au regard des dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés.

Le retrait graduel des subventions fédérales à la Fédération pour le planning des naissances du Canada, depuis les dernières années, ainsi que les disparités entre les provinces et les territoires quant à l'accès à l'information sur la planification familiale et aux services d'avortement, nous préoccupent au plus haut point.

Nous avons la conviction que l'accès aux services de planification familiale, conjugué à l'éducation sexuelle dans les écoles, représente encore le meilleur moyen de prévenir les avortements. Nous prions instamment le gouvernement d'assumer son leadership et de faire en sorte que toutes les femmes, d'un bout à l'autre du Canada, aient accès à l'information sur la planification familiale.

Dans le document intitulé: *L'écart des réalités*, on souligne l'absence de services essentiels comme les services gynécologiques, obstétriques et psychiatriques, dans les régions isolées du Canada. Dans certaines régions, les gynécologues ont jusqu'à 900 femmes sur leurs listes d'attente. Là où ces services sont offerts, ils ne satisfont pas toujours à la demande ou, encore, leur mode de prestation ne tient pas compte de la diversité géographique, culturelle et ethnique du Canada. Pour remédier à cette lacune, il est essentiel que l'information et les services soient fournis dans la langue des usagers et qu'on se montre sensible à leurs préoccupations.

Pour leur part, les auteures de *Place aux femmes dans l'agriculture* insistent sur l'importance d'une décentralisation des services médicaux, et font état des mesures prises dans certaines provinces pour inciter les médecins à s'établir dans les régions isolées. Les commentaires que nous recevons des femmes de tout le Canada confirment d'ailleurs l'existence des problèmes qu'avaient clairement révélés nos études dans les régions éloignées.

[Text]

As president and the two other vice-presidents and members of the council in our travels, we hear these concerns being expressed by many women, particularly in regard to the lack of gynecologists in the rural and remote regions of the country. On one recent tour, women living in the Yukon told a western vice-president they must travel to Whitehorse to give birth. This poses many practical problems, not the least of which is finding high-quality, affordable child care for their own children. Also, I would like to point out to the committee that this is a particular problem for the native women of this country who live in these regions, and their problems are compounded by their extreme poverty and by all the social problems that also affect them, especially the women.

In other travels many women's groups and individuals have expressed concern over the increase in the number of births by Caesarean section. The Canadian Advisory Council on the Status of Women believes the issue of needless surgery being performed on women, including such radical measures as hysterectomies, deserves further attention.

Access to other types of health care services: The council study *Health and Home* carried out detailed interviews with 165 women from different regions of Canada. The report clearly shows that whatever their age or socio-economic status, and whether or not they work outside the home, women continue to have major responsibility for the family's health care. Moreover, women are the primary link between health care professionals and family members, both for preventive health care and for remedial treatment.

Access to many types of health care services for themselves and their families is especially difficult for women living in rural or isolated areas, where all health services are usually sparse or even non-existent. Improved access would include establishing services closer to home, or, as mentioned in *Growing Strong*, studying the feasibility of transporting people to services in urban centres. This study also cites a recommendation made by the Ontario Ministry of Agriculture and Food in its report on rural women that transportation and lodging expenses incurred during such trips be recovered through income tax refunds.

Given our limited resources, the Canadian Advisory Council on the Status of Women was unable to undertake the research necessary to determine how to implement a process to facilitate rural women's access to medical services in urban centres, including provision of adequate and affordable transportation and lodging. Nonetheless, we are aware it is a problem. We urge the government to use the resources at its disposal to investigate the scope and magnitude of the problem and hopefully to find a workable solution.

[Translation]

Lors des tournées de la présidente, des vice-présidentes et des membres du CCCSF, de nombreuses femmes déplorent cette situation et surtout l'absence de gynécologues en milieu rural et dans les régions éloignées. A titre d'exemple, les femmes du Yukon se sont plaintes dernièrement à notre vice-présidente pour l'Ouest qu'elles devaient se rendre accoucher à Whitehorse, et que cela leur causait bien des problèmes, dont celui de faire garder leurs autres enfants à prix abordable, par des personnes qualifiées. Je souligne au Comité que les femmes autochtones de ces régions connaissent les mêmes difficultés, lesquelles sont aggravées par l'extrême pauvreté dans laquelle elles vivent ainsi que les problèmes sociaux auxquels elles sont confrontées.

Au cours d'autres tournées, bien des femmes et des associations féminines nous ont fait part de leurs inquiétudes face au nombre croissant d'accouchements par césarienne. Le CCCSF est d'avis que le problème des chirurgies inutiles pratiquées sur les femmes et notamment des interventions radicales comme l'hystérectomie, doit être examiné de plus près.

Accès aux autres services de santé: pour les besoins de l'étude *La femme protectrice de la santé*, des interviews en profondeur ont été menées auprès de 165 femmes de différentes régions du Canada. Le rapport démontre clairement que peu importe leur âge ou leur situation socio-économique, et peu importe aussi qu'elles travaillent ou non à l'extérieur, les femmes sont encore les premières responsables des soins de santé de la famille. Qui plus est, les femmes sont le principal lien entre les professionnel-le-s de la santé et les membres de la famille, qu'il s'agisse de soins préventifs ou curatifs.

L'accès aux différents services de santé, pour elles-mêmes et pour leur famille, pose des difficultés particulières aux femmes des milieux ruraux et des régions isolées, où les services sont rares, sinon inexistantes. Pour pallier cette lacune, il conviendrait de rapprocher les points de service ou encore, comme il est dit dans l'étude *Place aux femmes dans l'agriculture*, d'étudier la possibilité de transporter les bénéficiaires vers les services offerts dans les centres urbains. Cette même étude mentionne en outre une recommandation du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation de l'Ontario (à la suite d'une étude sur les femmes en milieu rural) voulant que les frais de transport et de logement à l'occasion des déplacements pour des soins de santé puissent être remboursés sous forme de crédits d'impôt.

Étant donné ses ressources limitées, le CCCSF n'a pu entreprendre la recherche qu'il lui aurait fallu faire pour déterminer des moyens de faciliter aux femmes des milieux ruraux l'accès aux services offerts dans les grands centres, en ce qui a trait notamment au transport et au logement de qualité et à prix abordable. Néanmoins, nous sommes bien conscientes que le problème existe, et nous exhortons le gouvernement à utiliser les ressources à sa disposition pour évaluer l'ampleur de ce problème et, espérons-nous, y trouver une bonne solution.

[Texte]

In March 1989 the Canadian Advisory Council on the Status of Women recommended that the federal government, in conjunction with the provinces, territories, and municipalities, maximize the use of local and regional transportation systems, including school transportation, by making them accessible to women in all agricultural areas, including those in remote regions.

For many years the council has been recommending that the government promote the broadening of health care services and of professional categories covered by health insurance plans. At present health insurance programs provide direct payment only for medically required services given by a physician. However, many services women need would fall outside this narrow definition. Therefore a wider range of services should be defined as health related and be supported financially. These would include services of medical and of paramedical personnel, such as those of psychologists and counsellors, physiotherapists, nutritionists, visiting nurses, and midwives.

• 0925

We are pleased to see that these issues were addressed by several witnesses from the health care professions in the standing committee's interim report to the House. We recognize that an evolution of rules in health care is currently under way. We agree that the time has come to allow other professional groups to act as gatekeepers for health and health-related services.

Stress: The council's study "Women Paid/Unpaid Work, and Stress" examines one of the leading health problems for women: the tension between women's responsibilities in their labour force work and in their work in their homes. It argues that the stresses women experience in their paid and unpaid work are part of the larger problem of inequality between men and women in society.

In addition to all the other roles and responsibilities women have assumed in recent years, it is women who still spend the most time caring for and raising children, but programs and services do not reflect the double burden that women must carry. Therefore, in order to address women's serious stress-related health problems, child care, employment equity, parental leave, and other public policies all must be redesigned to achieve greater social and economic equality between men and women.

Whether women work inside or outside of their homes, they need child care services for reasons of economic security and mental well-being. Therefore it is of paramount importance that all women in Canada have access to affordable, high-quality child care.

[Traduction]

A cet égard, le CCCSF a recommandé en mars 1989 que le gouvernement fédéral, conjointement avec les provinces et les municipalités, rentabilise l'utilisation des réseaux de transport locaux et régionaux, incluant le transport scolaire, en les rendant accessibles aux femmes dans toutes les régions agricoles, y compris les régions éloignées.

Depuis bien des années, le CCCSF recommande que le gouvernement favorise l'élargissement des services de santé et des catégories professionnelles couvertes par les régimes d'assurance-santé. A l'heure actuelle, ces régimes prévoient un paiement direct pour les seuls soins médicaux donnés par un médecin; or, plusieurs des services dont les femmes ont besoin n'entrent pas dans cette définition restreinte. Il faudrait donc définir un plus grand nombre de services comme étant rattachés à la santé et permettre ainsi qu'ils soient financés par les régimes. Citons à ce sujet les services assurés par le personnel médical et para-médical, notamment les psychologues et les orienteurs, les physiothérapeutes, les diététiciennes, les infirmières visiteuses et les sages-femmes.

Nous avons constaté avec plaisir, dans le rapport provisoire du Comité à la Chambre, que plusieurs témoins des professions de la santé avaient traité de ces questions. Nous reconnaissons que ce milieu est en pleine évolution, et nous convenons que le temps est venu de permettre à d'autres groupes professionnels de se faire aussi les «gardiens» de la santé et des services qui s'y greffent.

Le stress: L'étude du CCCSF intitulée: «Le travail des femmes et le stress» traite de l'une des plus grandes difficultés que doivent surmonter les femmes, soit la double tâche que représente le travail à l'extérieur et l'exercice des responsabilités familiales. Le stress que subissent les femmes au travail, que celui-ci soit rémunéré ou non, est l'un des facteurs du problème encore plus vaste de l'inégalité entre les hommes et les femmes au sein de la société.

Outre les multiples rôles et responsabilités qu'elles assument depuis quelques années, ce sont encore les femmes qui consacrent le plus de temps aux soins et à l'éducation des enfants, mais on n'en tient pas vraiment compte dans l'élaboration des programmes et la prestation des services. C'est pourquoi il s'impose de redéfinir les mesures publiques, entre autres, sur la garde des enfants, l'équité en matière d'emploi et le congé parental, afin de s'attaquer aux graves problèmes de santé qu'éprouvent les femmes en raison du stress, et d'en arriver à l'égalité économique et sociale des deux sexes.

Peu importe qu'elles travaillent au foyer ou à l'extérieur, les femmes ont besoin de services de garde d'enfants pour assurer leur sécurité économique et préserver leur santé mentale; par conséquent, il est de toute première importance que toutes les femmes du Canada aient accès à des services de garde de haute qualité et à prix abordable.

[Text]

Despite an expansion of the licensed child care system in Canada, the number of licensed spaces is still drastically insufficient to meet the demand. Anxieties about their children create stress and undermine the well-being for women in the labour force and at home.

In many rural and remote regions of this country, licensed child care and properly trained child care workers are virtually non-existent. The situation, in our view, is critical. The Canadian Advisory Council on the Status of Women is concerned about the lack of training and educational programs for child care workers and in June 1986 recommended that the government direct funds to the provinces and territories and into CEIC training programs to establish relevant courses that would lead to certification of individual child care workers.

The Canadian Advisory Council on the Status of Women recognizes that incorporating women's health care needs into the national health care system will require commitment, additional resources, and leadership from the federal government in co-operation with provinces and territories. The health care system must acknowledge that the well-being of women and men includes different services. Men's health care needs are not normative and women's aberrant. Each of the sexes needs to be well served. The long-term cost-effectiveness of incorporating women's needs into the health care system will far outweigh the short-term expenditures.

It is essential that the health care system reflect the real-life needs and the changing reality of women in Canada. We are convinced that implementation of our recommendations would result in a more flexible and humane system, thereby enhancing the quality of life of all people in Canada.

• 0930

I would further like to emphasize to the committee that in my travels to Nova Scotia and British Columbia recently, these are the same concerns of the women of those provinces. As our members travel across the country the same issues are coming across, and as we look at some of the other studies that have been done by departments of government we are seeing new issues, such as the terrific stress on immigrant and visible minority women and refugees. Indeed, that research has shown that racism in this society is a major health hazard.

I would like you to take all this into consideration and I am very pleased to present on behalf of the Canadian Advisory Council on the Status of Women our concerns and recommend that you include our brief as part of your minutes. Thank you very much for listening to us.

[Translation]

Malgré l'expansion du système de garderies accréditées, le nombre de places reste encore nettement insuffisant. L'anxiété qu'entretiennent les travailleuses vis-à-vis du bien-être de leurs enfants est source de stress et contribue à la détérioration de leur santé, et cela vaut autant pour les mères au foyer que pour celles qui ont intégré la population active.

Dans bien des régions rurales et éloignées, les garderies accréditées et un personnel de garde bien formé sont une vue de l'esprit, et la situation est critique. Déplorant la pénurie de programmes de formation et d'enseignement destinés au personnel des services de garde, le CCCSF a recommandé en juin 1986 que le gouvernement fédéral affecte des fonds aux provinces et aux territoires ainsi qu'aux programmes de formation de la CEIC afin de mettre sur pied des cours destinés à des éducatrices et des éducateurs spécialisés.

Le CCCSF sait pertinemment que pour que les besoins particuliers des femmes soient pris en compte dans le régime national de soins de santé, le gouvernement fédéral devra, en collaboration avec les provinces et les territoires, faire preuve d'engagement, affecter de nouvelles ressources et exercer son leadership. Le régime doit reconnaître que le mieux-être des femmes et des hommes suppose la prestation de services différents. En aucune façon les besoins des hommes ne sauraient servir de norme, ni les besoins des femmes être jugés aberrants. Les deux sexes méritent d'être bien servis, et à long terme, les avantages d'avoir intégré les besoins particuliers des femmes compenseront largement les dépenses immédiates qu'ils auront entraînées.

Il est essentiel que le régime de services de santé reflète la réalité changeante et les besoins réels des femmes du Canada. Nous sommes convaincues que la mise en oeuvre de nos recommandations débouchera sur un système plus souple et plus humain, qui contribuera à rehausser la qualité de vie de toute la population canadienne.

J'ai eu l'occasion d'aller en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique récemment et j'insiste sur le fait que les femmes de ces provinces ont les mêmes préoccupations. Ceux d'entre nous qui voyagent dans le pays se heurtent aux mêmes et dans les études effectuées par divers ministères on trouve des problèmes nouveaux, entre autres des problèmes de stress considérables chez les femmes qui font partie des minorités visibles, et des groupes d'immigrants et de réfugiés. Des recherches ont d'ailleurs prouvé que, dans notre société, le racisme posait des problèmes sérieux.

J'aimerais que vous en teniez compte et, au nom du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, je suis heureuse de pouvoir vous faire part de nos préoccupations et je vous demande de bien vouloir annexer notre mémoire à votre procès-verbal. Je vous remercie beaucoup de nous avoir écoutées.

[Texte]

The Chairman: Thank you very much, Ms Simms. We appreciate the testimony you have presented to us this morning. I think it is obvious that you have a number of concerns and I am sure this committee will be interested in asking questions of you relating to the presentation this morning and maybe some other questions they may have of you and your group as well.

With that in mind we will move to the round of questioning. I would remind members, and we have a few replacement members here this morning, that we do use a five-minute round in order to give as many members as possible a chance to get their questions before the committee. With that I would move to our first questioner and invite Ms Mitchell please, if you would.

Ms Mitchell (Vancouver East): Thank you. I would certainly like to welcome the advisory council to this committee and also to compliment you once again on the really excellent wealth of research that has been done on women's issues. I really had not realized that there was so much with a health focus. I hope the committee will take the time to do more research using your material.

I am pleased to be here in place of Chris Axworthy, who is our usual representative to this committee, but I was involved a year or two ago when this study was first initiated. We are very, very concerned that the time has come to need pretty major changes in Canada's health care system, but not in directions that would move from the principles of the Canada Health Act, of course.

First, since you led in at the beginning of your brief with reference to reproductive health services for women, I note you have said that obstructive diagnostic procedures and practices, financial impediments, geographic location, or legal or quasi legal proceedings are things that could deny women access to abortion at an early stage. I know you probably are relating that to the present act, which is being dealt with by another committee, so I will not go into that too much unless you want to comment.

I wondered if you could comment on how the Canada Health Act could be used to provide greater accessibility to reproductive health services for women in all parts of Canada and particularly in northern and remote regions and in the eastern provinces. Of course, in other areas as well. Do you think there is any way there could be greater assurances under the Canada Health Act for access?

Ms Simms: I will turn that over to the head of our research department.

Ms Eliane Silverman (Director of Research, Canadian Advisory Council on the Status of Women): What the council has argued in the paper by Sheilah Martin on the Canada Health Act—and I think we have brought along some copies of it this morning, so feel free to take them away with you—is that we already have in place, precluding the need for further legislation, other mechanisms whereby access to abortion equally

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, madame Simms. Nous apprécions votre témoignage et je suis certain que les membres de ce Comité auront des questions à vous poser sur plusieurs sujets que vous avez abordés.

Cela dit, nous allons commencer les questions. Comme plusieurs députés sont ici à titre de remplaçants, je vous rappelle que nous avons des interventions de cinq minutes pour permettre au plus grand nombre possible de poser des questions. Je donne maintenant la parole à M^{me} Mitchell; je vous en prie.

Mme Mitchell (Vancouver-Est): Merci. Je souhaite la bienvenue aux membres du Conseil consultatif et, une fois de plus, je vous félicite pour tout ce travail de recherche très approfondi que vous avez effectué. Je ne m'étais pas rendu compte que vous vous intéressiez à ce point aux questions de santé. J'espère que les membres du Comité prendront le temps d'étudier votre documentation attentivement.

C'est un plaisir d'être ici et je remplace Chris Axworthy qui nous représente d'ordinaire à ce Comité. Toutefois, il y a un an ou deux, j'avais participé aux premiers travaux dans le cadre de cette étude. Nous avons l'impression très nette que le temps est venu d'apporter au système de santé canadien des modifications majeures, mais sans pour autant s'écarter des principes de la Loi canadienne sur la santé.

Vous avez commencé votre exposé par une référence aux services d'hygiène de la reproduction et observé que les femmes pouvaient être empêchées d'obtenir un avortement en début de grossesse à cause des lenteurs de diagnostic, d'obstacles financiers, géographiques ou encore de procédures légales ou quasi légales. J'imagine que vous pensez à la loi qui est actuellement à l'étude et dont un autre comité s'occupe; je n'entrerai pas dans les détails à moins que vous ayez quelque chose à ajouter.

À votre avis, dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé, pourrait-on ménager aux femmes un meilleur accès à des services d'hygiène de la reproduction, et cela dans toutes les régions du Canada et en particulier dans le Nord, dans les régions isolées et dans l'Est. Bien sûr, partout ailleurs également. Y aurait-il moyen de faciliter les choses dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé?

Mme Simms: Je vais céder la parole à la directrice de notre service de recherche.

Mme Eliane Silverman (directrice de la recherche, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme): La position du Conseil a été énoncée par Sheilah Martin dans un document sur la Loi canadienne sur la santé. Je crois d'ailleurs que nous en avons apporté des exemplaires que vous pourrez garder, si vous le désirez. La Loi canadienne sur la santé contient déjà des mécanismes qui devraient permettre un accès égal à l'avortement dans

[Text]

throughout the regions could be ensured by the federal government, and that is via the Canada Health Act.

Perhaps I will not go into the details of that just now. It is a fairly lengthy paper that you may be interested in reading. I think the point we want to emphasize this morning, quite as you are suggesting, is not the proposed legislation on abortion, but rather the poignancy of inaccessibility depending on one's region, depending on one's social class, depending on rural remoteness. A health care system that addresses the needs of women must also address the needs of isolated, young, single and frightened women, of women with language issues. The Canadian health care system principle of equal access should be upheld with good faith and the greatest political will.

• 0935

Ms Mitchell: Yes, and also on the questions of accessibility and universality, since those are principles of the Canada Health Act. I cannot understand why they are not being applied in all regions to a whole range of reproductive health services for women, not only access to abortion but birth planning information and post and pre-natal support, and so on.

You say the health needs of women are different. I could not agree with you more, and I think that means there can be different ways of delivering health care services for women. One of the things I feel very strongly about is that there has to be a lot more decentralization and that community health clinics in neighbourhoods. . . In my riding, for example, accessibility to immigrant women who do not speak English or speak very little English and who are frightened or do not know where to go for help is part of that.

A range of health services in the person's own language is important. That gets into the use of para-professionals as well. I wonder if you would like to elaborate on those two things because the Canada Health Act, when it was last revised, did include a section for health care practitioners but it has never been implemented by the provinces. Interestingly, it is implemented in the north simply because they do not have as many physicians. So it works—it works to a limited degree because they do not have enough services.

Would you care to elaborate on those two points, both the decentralization and greater accessibility of services, and more relevant kinds of health care services for women. In my riding we have a women's health collective where they teach women about their own health care and about their own bodies, and that is another form of. . .

Ms Simms: Traditionally, medicine has been seen as medicine for men, and that men were the norm from

[Translation]

toutes les régions, et cela, sans qu'on ait besoin d'adopter une autre législation.

Je n'entrerai pas dans les détails de ce document assez long, mais il mérite d'être lu et devrait vous intéresser. Comme vous dites, ce matin nous ne voulons pas insister sur le projet de loi sur l'avortement, mais surtout sur les problèmes d'accès poignants qui existent dans certaines régions, dans certaines classes sociales et dans les zones rurales éloignées. Un système de soins de santé axé sur les besoins des femmes doit tenir compte également des besoins des femmes isolées, de celles qui sont jeunes, célibataires et effrayées, et également des femmes qui ont des problèmes linguistiques. Le principe de l'égalité d'accès au système de santé canadien mérite d'être défendu avec la plus grande bonne foi et avec la plus grande volonté politique.

Mme Mitchell: Oui, sans oublier que les considérations d'accès et d'universalité sont des principes de la Loi canadienne sur la santé. Je ne comprends vraiment pas pourquoi ces principes ne s'appliquent pas à toutes les régions et à toute la gamme des services d'hygiène de la reproduction, et pas seulement à l'avortement, mais également à la planification des naissances, aux services prénataux, etc.

Vous dites que les besoins des femmes en matière de santé sont différents. Je suis entièrement d'accord avec vous et il faut en déduire que les modes de mise en oeuvre des services de santé destinés aux femmes peuvent être différents également. Je suis persuadée de la nécessité de décentraliser, de l'importance des cliniques communautaires dans les quartiers. . . Par exemple, dans ma circonscription, il y a des femmes immigrantes qui ne parlent pas l'anglais, ou très peu, qui sont effrayées et qui ne savent pas où s'adresser pour obtenir de l'aide.

Il est important d'offrir aux gens toute une gamme de services de santé dans leur propre langue. Et cela nous amène au rôle des para-professionnels. Pouvez-vous développer ces deux aspects parce que la dernière fois qu'on a révisé la Loi canadienne sur la santé on a prévu de donner un rôle aux praticiens de la santé, mais c'est une mesure qui n'a jamais été appliquée par les provinces. Soit dit en passant, elle est appliquée dans le Nord, mais uniquement parce que là-bas on manque de médecins. Cela fonctionne donc, dans une mesure restreinte, mais dans ce cas-là c'est plutôt par défaut.

J'aimerais que vous développiez ces deux aspects, celui de la décentralisation et de l'accès aux services et également la nécessité de mettre en place des services mieux adaptés aux besoins des femmes. Dans ma circonscription, nous avons un centre de santé communautaire où on donne aux femmes des explications sur leur santé, sur leur corps et c'est une autre forme de. . .

Mme Simms: Traditionnellement, la médecine a toujours été une médecine pour les hommes; les hommes

[Texte]

which every other human being deviated. We are saying that is not true, that women need a qualitatively different kind of care and that this must be taken into consideration.

In terms of long-range services for women, it is not just long range of technical services but long range as a cultural service, because the world view of women is qualitatively different from the view of men in many cultures. We cannot use men's needs to serve those of women, because in many cultures they were separate societies. Women's and men's cultures are much more separate than they are even in Canadian society.

To get interpreters and para-professionals into the institutions we have to understand very carefully whether it should be a woman or a man doing the interpretation, or whether a woman or a man will intrude in the ideas about what women need.

Many times you cannot get a man to speak because the man knows absolutely nothing about the culture of the women. It is a very private culture. That is a very serious issue and I think we have been taking a narrow view of what is culturally relevant and what are our long-range issues. Even among aboriginal peoples the same issue has come up from time to time, but it has never been dealt with. So we have to look carefully at these services.

I think many para-professionals would also work within the institutions and have access to the institutions, when previously they did not. The whole para-professional area is still unclear because doctors and other professionals find it very difficult to deal with people who do not speak the same language, or who have not gone through the same training.

Ms Mitchell: Another part of that would be accreditation of professionals from other countries.

• 0940

The Chairman: I am afraid I am going to have to break in. We have gone about four minutes over our time. I realize five minutes is not very much, but in order to give all members an opportunity we will move on. I would like members to try to keep questions as short as possible.

Mrs. Clancy (Halifax): Welcome to the committee. I would like to pick up a bit on what Ms Mitchell was saying. When you made the comment about the great stress of racism on visible minority women, I was thinking that to a degree, whether they be a visible minority or not, there is discrimination against immigrant women.

Last summer I spent some time in northern Canada, meeting with women's groups and various women's centres, both in the eastern and western Arctic. One of the things I noted was that most of these groups were run by southerners who had gone up there. There were very

[Traduction]

étaient la norme, l'aune à laquelle on mesurait le reste de l'humanité. Aujourd'hui nous affirmons que cela est erroné et que les femmes ont besoin de soins qui, quantitativement, sont différents.

Quand nous parlons du spectre complet des services pour les femmes, nous ne pensons pas seulement aux services techniques, mais également à des services culturels, car dans de nombreuses cultures, le point de vue des femmes est qualitativement différent de celui des hommes. Nous ne pouvons pas mesurer les besoins des femmes d'après ceux des hommes car il y a beaucoup de cultures où ils appartiennent à des sociétés distinctes. La différence entre la culture des femmes et des hommes est souvent beaucoup plus marquée qu'elle ne l'est dans la société canadienne.

Avant de faire venir des interprètes ou des para-professionnels dans les institutions, nous devons bien comprendre que les hommes et les femmes ne sont pas interchangeables, et que les hommes n'ont pas toujours une conception très nette des besoins des femmes.

Dans beaucoup de sociétés, les hommes sont totalement ignorants de la culture des femmes. C'est une culture très privée. C'est un problème grave et, jusqu'à présent, nous avons eu tendance à faire preuve d'étroitesse d'esprit. Même parmi les autochtones, c'est un problème qui émerge parfois, mais qu'on n'a jamais cherché à résoudre. Il faut donc étudier attentivement ce type de services dans cette optique.

Par le passé beaucoup de para-professionnels n'avaient pas accès aux institutions et c'est une tendance qu'il faudrait renverser. Tout ce secteur des para-professionnels est assez confus car les médecins et les autres professionnels ont du mal à communiquer avec des gens qui ne parlent pas la même langue ou qui n'ont pas bénéficié du même type de formation.

Mme Mitchell: Cela nous amène à l'accréditation des professionnels qui arrivent d'autres pays.

Le président: Je vais devoir vous interrompre car vous avez dépassé votre temps de quatre minutes. Je sais bien que des interventions de cinq minutes, c'est très court, mais c'est le seul moyen de donner la parole à tout le monde. Je vous demande de poser les questions les plus courtes possibles.

Mme Clancy (Halifax): Je vous souhaite la bienvenue. Je reviens sur ce que M^{me} Mitchell disait; vous avez dit que pour les femmes qui appartiennent à une minorité visible, le racisme est une source de stress considérable et je me disais que les femmes immigrantes font toujours l'objet de discrimination, qu'elles appartiennent ou pas à une minorité visible.

L'été dernier je suis allée dans le nord du Canada, j'ai rencontré des groupes de femmes et visité plusieurs centres, dans l'ouest et dans l'est de l'Arctique. J'ai observé, entre autres choses, que dans presque tous les cas ces centres étaient dirigés par des gens du Sud. Très peu

[Text]

few Inuit or native women involved in the actual promotion of the groups. One woman told me about a program that came out of Dalhousie University in Halifax. The program is called the Outpost Nursing Program, and it deals in midwifery, etc. It is making a fairly large difference because of those cultural changes and cultural differences which make it very difficult for women to approach a man from a different culture in a medical care situation.

Do you have any particular suggestions about meeting those cultural needs in our cities? What can we do as an instrument of the federal government to reach out to immigrant women, to make them more comfortable? Can we adjust the health care system so it is more accessible?

Ms Simms: Many of the stresses these women face have to be dealt with from a multi-dimensional perspective, not just from a health perspective as it is defined by the federal government. For instance, the stress that these women experience starts from the time they get up in the morning and send their children to school. Also, their children return home at night suffering from stress because of the treatment they receive at school. So it is compounded by many institutions. Therefore, the approach has to be multifaceted.

With regard to urban centres, I think the culturally relevant services must be in the hospitals, the health care centres, and the women's centres. Women's College Hospital in Toronto is a very good example of how they have tried to have some sort of culturally relevant services. They have people from many different backgrounds and racial groups. As a matter of fact, some of the so-called minorities and immigrants started those kinds of services and they have worked very well. A Greek person can go there and communicate in Greek, or an Italian person can get those services in his language. I think we need more and more of those services for women, especially when they are talking about their bodies. They also need other women to speak to about their bodies.

The whole thing of other women doing things for women of other groups, which you talked about, is sometimes very problematic, especially in the north, because the north has always been under the burden of a southern world view. They were always seen as a colony of the south; all ideas came from the south and went north. That has caused, as you know, a great political problem and terrible cultural and economic oppression. But I do think there has been some turning around in that.

Mrs. Clancy: My riding, as you may or may not know, has the largest indigenous black population in the country.

Ms Simms: In Nova Scotia, is it?

Mrs. Clancy: Yes, in Halifax. Well, it is a toss-up between Halifax and Dartmouth. My colleague and I

[Translation]

de femmes inuit ou autochtones occupaient des postes de direction. Une femme en particulier m'a parlé d'un programme mis sur pied par l'Université Dalhousie à Halifax. C'est un programme qui envoie des infirmières dans le Nord, elles font office de sages-femmes, etc. C'est d'autant plus important que beaucoup de femmes ont du mal à communiquer à un homme d'une culture différente dans un contexte médical.

Que pourrait-on faire pour faire face à ces besoins culturels dans nos villes? Nous qui sommes un rouage du gouvernement fédéral, que pouvons-nous faire pour atteindre les femmes immigrantes, pour leur faciliter les choses? Est-il possible d'ajuster le système de santé pour le rendre plus accessible?

Mme Simms: La plupart des sources de stress qui affecte ces femmes doivent être attaquées sur plusieurs plans et pas seulement sur le plan de la santé telle que définie par le gouvernement fédéral. Par exemple, quand ces femmes se lèvent le matin et envoient leurs enfants à l'école, c'est déjà une première source de stress. Quand leurs enfants reviennent de l'école le soir, ils souffrent eux-mêmes de stress à cause de la façon dont ils sont traités à l'école. Un grand nombre d'institutions contribuent donc au problème et il faut donc l'attaquer sur plusieurs fronts.

Quant aux centres urbains, il faut prévoir des services axés sur les réalités culturelles dans les hôpitaux, dans les centres de santé, dans les centres qui accueillent les femmes. L'hôpital *Women's College* de Toronto a montré l'exemple et essayé d'offrir des services compatibles avec les réalités culturelles. Des gens d'origines et de races très diverses contribuent à ces services. D'ailleurs, certains services ont été organisés par des immigrants et des membres des minorités et tout cela fonctionne très bien. Un Grec peut y aller et on lui parlera en grec, ou Italien et on lui parlera dans sa propre langue. Il faudrait que ce genre de services se multiplient, en particulier pour les femmes, et surtout lorsqu'elles sont appelées à parler de leur propre corps. Il est important qu'elles puissent parler de ce genre de sujet à d'autres femmes.

Tout ce mouvement qui permet à des femmes de travailler pour d'autres femmes ou pour d'autres groupes et dont vous avez parlé pose souvent des problèmes, surtout dans le Nord qui a toujours été assujéti à un point de vue venu du Sud. Le Nord a toujours été considéré comme une colonie du Sud, toutes les idées partaient du Sud pour aboutir dans le Nord. Comme vous le savez, cela a été la cause de problèmes politiques considérables et une terrible source d'oppression culturelle et économique. Cela dit, je pense qu'on commence à assister à un certain renversement.

Mme Clancy: Je ne sais pas si vous êtes au courant, mais ma circonscription a la plus grande population noire établie de tout le pays.

Mme Simms: C'est en Nouvelle-Ecosse?

Mme Clancy: Oui, à Halifax. En fait, c'est soit Halifax, soit Dartmouth, et mon collègue et moi-même nous

[Texte]

argue about which one of us has the larger percentage. These are black Canadians who have been in Nova Scotia, some came with the United Empire Loyalists; some indeed are loyalists, they just did not get the grants that white loyalists got.

In meeting with members of black women's organizations in my city, I suspect that the same problems exist to a degree in the black community in the sense of accessibility to health care. But we are not looking at our indigenous population, if you will, in the same way we look at our immigrant population. I suspect this does a disservice to black women who happen to be second, third, fourth, fifth or sixth generation in this country. I am wondering if you could comment on that.

• 0945

Ms Simms: Yes, I am very pleased that you have raised that issue, Mrs. Clancy, because I have just come back from Nova Scotia. Like you, I am very disturbed, as are the members of the council, by the situation in your province. I think over generations Canadian society has effectively created the hierarchy of the oppressed. Waves of immigrants have come in and they have found their place, but the blacks and the aboriginal people have continued to be at the very bottom of the scale. I think Nova Scotia is a prime example of this hierarchy that has continued in this country. The women there are still very concerned. They do not have access to health care. They do not have culturally relevant services. They cannot get jobs. Their young people are over-represented in the jails in your province and the Marshall inquiry has been a real blot on the goodwill of Canadian society. I think it is a serious issue and I am glad that you and this committee will take it into consideration.

We at the council have been very aware of the special place of the indigenous black people. Prior to my becoming president, a decision was made to appoint a woman from that community to sit on the council. So the council sees that group as a special group, a target group, so to speak. By the same token, we see the Acadians as a target group within the French-Canadian population; we see the indigenous black people of Nova Scotia as having special needs. The council has therefore done its own affirmative action in making sure that a person—and the government has taken that recommendation and there is a member who represents those women. That is what we have been doing.

Mr. Wilbee (Delta): Thank you very much. I do welcome you to the committee and appreciate the very thoughtful brief you have presented to us.

My background is in 30 years of family medicine, and during that time I spent some time up north with the

[Traduction]

disputons sur le pourcentage. Ces Canadiens de race noire sont en Nouvelle-Ecosse depuis longtemps, certains sont venus avec les Loyalistes de l'Empire, certains étaient d'ailleurs des loyalistes, la seule différence étant qu'ils n'ont pas eu les mêmes subventions que les loyalistes.

Quand je rencontre des membres des organisations de femmes noires de ma ville, je me dis que le même problème d'accès à la santé doit exister dans une certaine mesure dans la communauté noire. Mais, si vous voulez, nous n'accordons pas aux représentants de la population canadienne la même attention qu'aux immigrants. Je présume qu'une telle attitude va à l'encontre des intérêts des femmes de race noire dont la famille est installée au Canada depuis deux, trois, quatre, cinq ou six générations. Quels sont vos commentaires à ce sujet?

Mme Simms: Je suis très contente que vous ayez soulevé cette question, car je reviens justement de Nouvelle-Ecosse. Tout comme vous, les membres du Conseil et moi-même sommes très préoccupées par la situation qui prévaut dans votre province. Je crois que la société canadienne a créé, au fil des générations, une hiérarchie d'oppression. Les immigrants qui sont venus s'installer au pays ont peu à peu trouvé leur place, mais les noirs et les autochtones, quant à eux, restent toujours au bas de l'échelle. Je pense qu'on trouve en Nouvelle-Ecosse un exemple parfait de cette hiérarchie qui continue de se perpétuer au Canada. Les femmes de cette province sont très inquiètes. Elles n'ont pas accès aux services de santé. Elles ne peuvent bénéficier des services culturels appropriés. Elles n'ont pas de travail. Leurs enfants contribuent dans une proportion excessive à augmenter la population carcérale de votre province et l'enquête Marshall entache réellement la réputation de la société canadienne. La situation est grave et je suis contente que le Comité et vous-même ayez décidé de l'examiner.

Au Conseil, nous sommes très conscientes de la place spéciale qu'occupent les Canadiens de race noire. Avant que je devienne présidente, la décision avait été prise qu'une femme de cette communauté serait nommée au Conseil. Par conséquent, le CCCSF considère la communauté noire comme un groupe spécial, un groupe cible, pour ainsi dire. De la même manière, nous considérons les Acadiens comme un groupe cible de la population canadienne-française; d'après nous, la communauté noire de Nouvelle-Ecosse est un groupe qui a des besoins spéciaux. C'est pourquoi le Conseil a décidé lui-même de prendre des mesures d'action positive et le gouvernement a accepté sa recommandation de nommer un membre représentant ces femmes. Voilà ce que nous avons fait.

M. Wilbee (Delta): Merci beaucoup. Je vous souhaite la bienvenue au Comité et je vous remercie pour l'excellent mémoire que vous venez de nous présenter.

J'oeuvre depuis 30 ans dans le milieu de la médecine familiale et j'ai travaillé pendant quelque temps dans le

[Text]

Indian health services and out on the west coast of Vancouver Island in isolated communities. I was therefore particularly interested in your concern regarding the health care in isolated communities. I guess this is a problem with which provinces, the federal government and the medical associations have been struggling.

Do you have any suggestions as to how you can get physicians and other health care workers to live in these isolated areas? The fact that not many people are living there suggests that for one reason or another these areas are not desirable places to live, whether it is because of isolation, economics or whatever. Doctors, like human beings of all types, prefer to live where they have support.

You talked specifically about gynecologists and we recognize that they need a certain volume of material in order to make a living. They also require anesthetists, etc.

I have noticed that there is sort of an elitism. For example, my daughter is in Prince Rupert. She wants to come to Vancouver to have a baby. People living in Richmond, outside of Vancouver, want to go to Grace because it is a tertiary care hospital. In other words, every woman wants the maximum care that is available. People living outside of Rupert go to Rupert because it has the best care available. How do we cope with this? Do we provide air transportation from Aiyansh on the Nass River to Vancouver to Grace Hospital? There has to be some kind of a division or reconciliation here. Do you have any suggestions as to what is a reasonable approach to health care in these more isolated areas? They do not have all the other services. How much can reasonably be expected?

Ms Simms: Let us start off with your first question about getting the doctors to go there. They could be given financial incentives to go to these regions. They did that with teachers, and it turned out very well. It is not that they are going to spend their whole life there. Young people get into these places for three or four years, or even two years. They work. They are given a financial incentive to go and then they move on. A lot of young people would receive that sort of experience.

• 0950

Sure, the turnover might not be good for the community, but it is better than nothing and is one approach by which to encourage young people. Lots of young Canadians like going out there for an adventure. Not everyone does, but you could try the approach.

[Translation]

Nord, dans les services de santé aux Indiens, ainsi que sur la côte ouest de l'île de Vancouver, dans des localités isolées. C'est pourquoi vos préoccupations concernant les services de santé dans les localités isolées me touchent tout particulièrement. Je suppose que c'est un problème que tentent de résoudre les provinces, le gouvernement fédéral et les associations médicales.

Avez-vous des idées sur les mesures à prendre pour attirer dans ces régions isolées plus de médecins et de praticiens des services de santé? Si ces régions sont très peu habitées, c'est peut-être qu'elles ne sont pas très attirantes, en raison de leur isolement, de la situation économique, etc. Les médecins, comme n'importe qui, préfèrent s'installer dans des endroits où la vie est organisée.

Vous avez mentionné plus précisément les gynécologues qui ont besoin d'un certain volume de clientèle pour gagner leur vie. Ils ont besoin également d'anesthésistes, etc.

Je constate qu'il existe un certain type d'élitisme. Par exemple, ma fille qui habite Prince Rupert veut venir accoucher à Vancouver. Les femmes de Richmond, à l'extérieur de Vancouver, veulent aller à l'hôpital de soins tertiaires de Grace. Autrement dit, toutes les femmes veulent bénéficier des meilleurs soins possibles. La ville de Rupert attire la population de la région environnante, parce que ses hôpitaux offrent les meilleurs soins disponibles dans la région. Comment régler cette question? Devons-nous établir un pont aérien entre Aiyansh, sur la rivière Nass et l'hôpital Grace de Vancouver? Les gens ne s'entendent pas là-dessus. Avez-vous une idée de ce que pourrait être une approche raisonnable des services de santé dans ces régions plus isolées? A quoi peut raisonnablement s'attendre la population de ces régions qui ne bénéficient pas de tous les autres services?

Mme Simms: Je vais commencer par votre première question qui portait sur la manière d'attirer les médecins dans les régions isolées. On pourrait leur donner des incitatifs financiers. Cette formule a donné de bons résultats dans l'enseignement. Les médecins n'auraient pas nécessairement à s'installer définitivement dans ces régions. Le but serait d'intéresser de jeunes diplômés à venir y travailler pendant trois ou quatre ans, ou même deux ans. Ils obtiendraient ainsi un incitatif financier et pourraient par la suite aller s'installer ailleurs. Les jeunes seraient nombreux à faire ce genre d'expérience.

Bien sûr, le changement perpétuel de médecins ne serait pas bon pour la clientèle, mais ce serait mieux que rien et cette formule permettrait d'encourager les jeunes. Il y a beaucoup de jeunes Canadiens que le goût de l'aventure attire dans les régions isolées. Ce n'est pas le cas de tout le monde, mais la formule mérite d'être essayée.

[Texte]

The issue of para-professionals in those regions should be considered. I am not a medical doctor, but I do not think child birth is an illness, because it is not. As you know, millions of women have given birth without seeing doctors. You can also argue that many of them have died, but we can create the situation in which they receive maximum care. When a major problem occurs, they can be flown to these regions.

The whole issue of going to the best centre has involved commercialization of the medical approach, rather than proper health care. People go to the centres to have access to the fancy hospitals. They do not necessarily receive different care.

Midwives are another group of people we must consider. We can also have flying doctors. So there can be creative ways of dealing with the situation. Doctors do not necessarily have to live there and not every woman has to be flown out, because, as you well know from your experiences, we can give them good care. So I think we have oversold the idea that everything has to be done in these big hospitals.

Mr. Wilbee: One of the major reasons we have such a poor record of pre-natal or infant mortality is due to the particularly bad record of our Native population, which is also in isolation. Do you have any comments on that?

Ms Simms: Yes. A lot of that situation has to do with many social problems, such as poor nutrition and alcohol problems, that result in child-bearing becoming a health problem when it should be a normal part of a woman's life.

That is why I say we must take a multi-level approach to care in those regions. The situation does not just involve delivering babies. It involves, from the very beginning, the type of pre-natal care that is provided, the quality of nutrition, the level of support given the women, and the understanding they have of their own bodies. How do we prevent teenage pregnancies?

Mr. Wilbee: Total health care and education.

Ms Simms: It is total health care, yes.

Ms Greene (Don Valley North): Major improvements in health have not resulted from hospitals, doctors and so on, if you look at them historically. Better public health has resulted in the improvements and I think that is what you are talking about. Clean water, better nutrition and that type of thing have improved health.

[Traduction]

Il faudrait étudier la possibilité d'avoir recours à du personnel para-médical dans ces régions. Sans être médecin, je peux dire que la grossesse n'est pas une maladie. Comme vous le savez, il y a des millions de femmes qui accouchent sans l'aide d'un médecin. Vous pouvez me rétorquer que beaucoup d'entre elles ont payé de leur vie, mais il est possible de remédier à cela en offrant aux femmes une gamme plus complète de services médicaux. En cas de problème grave, on pourrait les transporter par avion à un centre hospitalier.

Les grands centres urbains mettent l'accent sur la commercialisation des services médicaux et n'offrent pas nécessairement de meilleurs services de santé. Les gens préfèrent les grands centres parce que les hôpitaux y sont plus modernes, mais les patients ne sont pas nécessairement mieux soignés.

Il ne faut pas oublier les sages-femmes ni les médecins qui se déplacent en avion, d'une localité à l'autre. Il y a différents moyens originaux de résoudre cette situation. Les médecins n'ont pas obligatoirement à s'installer dans les régions isolées et il n'est pas nécessaire non plus de transporter les femmes par ambulance aérienne car, comme vous le savez d'après votre expérience, il est possible de leur donner des soins appropriés. Je pense que c'est une erreur de croire qu'aucun service médical ne peut être dispensé en dehors des grands hôpitaux.

M. Wilbee: Le taux élevé de mortalité natale ou infantile s'explique en grande partie par l'insuffisance des services offerts à la population autochtone qui, elle aussi, habite dans des régions isolées. Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Mme Simms: Cette situation s'explique surtout par les nombreux problèmes sociaux comme la mauvaise alimentation et l'alcoolisme qui font que la grossesse présente un risque pour la santé alors qu'elle devrait être un événement normal dans la vie d'une femme.

C'est pourquoi j'affirme qu'il faut insister sur la polyvalence des soins de santé dans ces régions. Ce ne sont pas uniquement les accouchements qui posent problèmes. Il faut prendre en compte, dès le début de la grossesse, le type de soins pré-nataux offerts aux femmes enceintes, la qualité de la nutrition, le degré de soutien qu'elles obtiennent et leur connaissance de leurs propres phénomènes biologiques. Comment éviter les grossesses chez les adolescentes?

M. Wilbee: Il faut mettre en place un système complet de services de santé et d'information.

Mme Simms: Tout à fait.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Historiquement parlant, ce n'est pas aux hôpitaux ni aux médecins que l'on doit les grandes améliorations au chapitre de la santé. Ce sont plutôt les politiques de santé publique qui sont à l'origine des améliorations. Là-dessus, je crois que vous êtes d'accord avec moi. La santé s'est améliorée depuis que les gens peuvent disposer d'eau propre, mieux se nourrir, etc.

[Text]

But I believe there is clearly a general resistance, as a society, to spending more money on health. In Ontario, health takes a third of the provincial budget and at the federal level, we do have serious financial problems. I am sure we can talk about reallocating money, but there is a need to contain spending on health.

You have presented us with an excellent list of steps we could take to improve the health care system, all of which cost money. Have you looked at prioritizing any of these items? Have you considered what current expenses could be cut or reduced? What sorts of steps could we take to reallocate money and obtain better value for our dollar from our health care system?

Ms Simms: We have not addressed that aspect, which is an interesting point. If the government would like to obtain advice from us, I am sure we would be able to provide it, but we have not done so. What is more important is that we take a serious look at the situation, but we have not pursued that aspect. I will turn the question over to Dr. Silverman, to ascertain whether these questions had been asked prior to my involvement.

Ms Silverman: This is obviously a very interesting approach, which unfortunately we cannot engage in, because we do not have the resources with which to hire the kind of help to work through the finances of prioritizing at the national level.

I would like to stress, however, that we always consider the multiplicity of women's health care needs. I regret to say that is not really helpful to you, I know. But it makes it very hard to assign priorities to health care needs—i.e., health care needs of rural women, shall we say, numbers and population densities notwithstanding, are they greater or lesser than let us say the needs of the Portuguese region of Toronto? We find that extremely hard to do. If pushed, I suppose we could do. . . . To a degree we prioritized this morning. We said it is the possession of a reproductive system that renders women's health care need discrete, separate from men's. That is already prioritizing, in a sense, because we did not talk about ophthalmology or pediatricians. I am sympathetic with your problem. We have exactly the same one.

[Translation]

Cependant, je crois que la société hésite, de manière générale, à consacrer plus d'argent à la santé. En Ontario, par exemple, les services de santé représentent un tiers du budget provincial et, au niveau fédéral, il y a des problèmes financiers graves. Bien sûr, on pourrait répartir les crédits de manière différente, mais je crois qu'il est nécessaire de contenir les dépenses de santé.

Vous nous avez présenté une excellente liste de mesures que l'on pourrait mettre en place pour améliorer le régime de services de santé. Malheureusement, toutes ces mesures sont coûteuses. Avez-vous envisagé de les classer par ordre de priorité? Avez-vous pensé aux dépenses actuelles qui pourraient être réduites ou supprimées? Quelles mesures pourrions-nous prendre pour répartir les crédits de manière à mieux rentabiliser les fonds que le Canada consacre au régime de services de santé?

Mme Simms: C'est un point intéressant, mais nous ne nous y sommes pas arrêtés. Si le gouvernement nous le demande, je suis certaine que nous pourrions lui donner notre avis à ce sujet. L'important, c'est d'analyser attentivement la situation, mais nous n'avons pas étudié cet aspect. Je renvoie cette question au docteur Silverman qui saura nous dire si ces questions ont été prises en considération avant mon arrivée.

Mme Silverman: Cette approche est très intéressante, mais nous ne pouvons malheureusement pas nous y intéresser, étant donné que nous n'avons pas les ressources nécessaires pour engager des spécialistes capables d'analyser tous les aspects financiers afin de nous aider à établir les différentes priorités au niveau national.

Permettez-moi toutefois de souligner que nous avons toujours reconnu la multiplicité des besoins des femmes en matière de services de santé. Cela ne vous est pas d'un très grande aide, je l'avoue, mais il est très difficile d'attribuer des priorités aux besoins en matière de services de santé; par exemple, peut-on dire que les besoins des femmes des régions rurales sont plus ou moins grands, indépendamment du nombre de personnes visées et de la densité de la population, que les besoins des femmes d'origine portugaise vivant dans la région de Toronto? Il s'agit d'une comparaison extrêmement difficile. Mais, s'il fallait le faire, je suppose que ce ne serait pas impossible. Dans un sens, nous avons, ce matin, défini certaines priorités. Nous avons souligné qu'en raison de leur fonction biologique de reproduction, les femmes ont des besoins différents de ceux des hommes en matière de services de santé. C'est déjà une manière d'établir des priorités, car il n'est pas question d'ophtalmologie ni de pédiatrie. Je comprends votre problème, car c'est exactement la même chose pour nous.

• 0955

The Chairman: Ms Greene and Madam Bertrand, please, I understand you both have a commitment at 10 a.m. Is that right?

Le président: Je crois, mesdames Greene et Bertrand, que vous avez toutes deux une réunion à 10 heures.

[Texte]

Ms Greene: Yes, the abortion committee.

The Chairman: Okay, and then we will go to the other questioners.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Je vous félicite pour votre exposé qui est très complet.

Vous vous préoccupez entre autres du financement des soins. Vous avez dit que vous n'aviez pas les ressources nécessaires pour faire de la recherche. Il serait intéressant pour vous de lire toutes les présentations qui ont été faites au Comité. Certains témoins ont dit des choses assez intéressantes quant au financement des soins de santé.

Je voudrais aborder avec vous l'administration des soins de santé dans chaque province. Je sais que vous êtes très bien renseignées et que connaissez très bien l'application de la Loi nationale sur la santé. Au Québec, on est assez avancé. Il y a des CLSC un peu partout dans la province. Le transport des malades est bien réglementé. Il y a des incitatifs pour les médecins qui vont en région éloignée.

La situation n'est pas la même d'une province à l'autre. Savez-vous s'il existe dans chaque province des groupes qui font des représentations à leurs gouvernements provinciaux qui, eux, se doivent de mettre en place les services que vous demandez? Quel est votre commentaire sur cela?

Ms Simms: Yes, I agree with you the provinces must provide those services, but I think the federal government has a role in establishing with the province in terms of their financial agreements, and making sure the provinces offer the proper care. But I agree the provinces have a role to play in administering it.

Mme Bertrand: Peut-être suis-je mal renseignée. Est-ce que le gouvernement fédéral peut obliger des provinces à donner certains services de santé? Le gouvernement fédéral ne fait que le financement.

Mr. Halliday (Oxford): Good question.

Ms Simms: Yes. I do not think they can force them, as far as I... I do believe the federal-provincial relationship is one of persuasion and dialogue. I might be wrong, but I think from time to time we as a council have to bring to the federal government events happening in the province, and encourage that federal-provincial dialogue.

Mme Bertrand: La faiblesse se situe tout de même au niveau des provinces. Au Québec, les soins de santé sont relativement bien administrés. Pourquoi les autres provinces ne font-elles pas la même chose?

Ms Simms: Yes. I guess that is a whole discussion of resources and so on, but your point is well taken.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I want to welcome our witnesses as well.

[Traduction]

Mme Greene: En effet, nous devons nous rendre au Comité sur l'avortement.

Le président: Nous allons donc vous laisser la parole et nous passerons ensuite à d'autres questions.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Thank you very much for your very thorough presentation.

You have concerns about the financing of health care. You said you didn't have sufficient resources to do some research. It might be of some interest for you to read all the presentations made to the committee. Some of the witnesses said quite interesting things about the funding of health care services.

I would like to ask you to comment on the management of health care services in other provinces. I believe you are well-informed and that you know how every province applies the Canada Health Act. In Quebec we are a little bit ahead of the other provinces. There are CLSC almost everywhere. The transportation of sick people is regulated. Doctors are encouraged to move to isolated areas.

But the situation is not the same in all provinces. Are you aware of groups making representations to their provincial government in order to get the health services you are asking for? Could you comment on that?

Mme Simms: Je suis d'accord avec vous que les provinces doivent fournir ces services, mais je pense que le gouvernement fédéral a moyen de s'assurer, lors de la négociation des ententes financières, que les provinces fournissent les services appropriés. Mais il est vrai que l'administration des services de santé incombe aux provinces.

Mrs. Bertrand: Maybe I don't have the right information. Can the federal government force the provinces to provide certain health care services? The federal government provides only funds.

M. Halliday (Oxford): Bonne question.

Mme Simms: C'est exact. Je ne pense pas que le gouvernement fédéral puisse obliger les provinces... Les relations fédérales-provinciales reposent sur le dialogue et la persuasion. Je me trompe peut-être, mais je crois que le Conseil doit, de temps à autre, renseigner le gouvernement fédéral sur ce qui se passe dans les provinces et encourager un dialogue fédéral-provincial.

Mrs. Bertrand: But the problem lies at the provincial level. In Quebec, the health care system is relatively well managed. Why don't the other provinces imitate us?

Mme Simms: Très juste. Je pense que c'est une question de ressources, mais votre remarque est très juste.

Le président: Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je souhaite moi aussi la bienvenue à nos témoins.

[Text]

How many full-time employees are there of the Canadian Advisory Council?

Ms Simms: We have approximately 40. We do not have 40 people right now, but we have 44 person-years in our budget.

• 1000

Mr. Halliday: How many of those 44 are allocated to research?

Ms Simms: In research we have 12 people—12 in the research department. Of course we do contract out quite a bit of our research too.

Mr. Halliday: I would have thought with that many people devoted to research, and with your terms of reference to make recommendations to the minister and in a sense to this committee and through us to the health minister and the government, you would be able to come up with some figures that would apply to one of our major terms of reference, namely the funding of health care. I sensed that you had no suggestions whatsoever about funding. For one thing, you mentioned the need for better child care services. What cost would you put on the needed child care service that should be implemented? What would that cost per year?

Ms Simms: We have not put a figure on that.

Ms Silverman: I presume the figures of the Cooke commission would be available to you for—

Mr. Halliday: That was about \$12 billion, was it not—\$11 billion or \$12 billion?

Ms Silverman: That is right. The position of the council on child care of course is that we know very well how pricey it is. On the other hand, we have consistently argued in our publications and our presentations that the economy thrives essentially on the backs of women's labour when it does not take a hand in the other part of the labour women must do, namely the raising of children.

Mr. Halliday: We are glad to have your brief, but if you could supplement that brief in a subsequent supplementary brief to us where you would indicate the cost of some of the items you are recommending. . .

Let me go on to the subject of equal access. I think I am quoting you directly that you spoke of equal access, particularly in reference to people in the north, for example; and I understand that. At the same time, though, you argued the very opposite. When you responded to Dr. Wilbee you argued it was not necessary for women from the far Yukon to fly down to the Grace Hospital in Vancouver. In other words, you are arguing against equal access.

[Translation]

Combien d'employés à temps plein le Conseil consultatif canadien compte-t-il dans son effectif?

Mme Simms: Environ 40. En ce moment, nous n'avons pas 40 employés, mais notre budget prévoit 44 années-personnes.

M. Halliday: Sur ces 44 personnes, combien font de la recherche?

Mme Simms: Le personnel de recherche est composé de 12 personnes. Bien entendu, nous confions une bonne partie de nos travaux de recherche à des spécialistes de l'extérieur.

M. Halliday: J'aurais pensé que vous seriez en mesure de nous fournir des chiffres relatifs à un des aspects les plus importants, en l'occurrence le financement des services de santé, étant donné que vous disposez d'un tel personnel de recherche et que votre mandat est de présenter des recommandations au ministre et, dans un sens, à ce Comité par l'intermédiaire du ministre de la Santé et du gouvernement. J'ai l'impression que vous n'avez aucune suggestion à nous proposer en ce qui a trait au financement. D'une part, vous signalez qu'il est nécessaire d'améliorer les services de garde d'enfant. À combien évaluez-vous les coûts de cette amélioration? Quels en seraient les coûts annuels?

Mme Simms: Nous n'avons pas de chiffres à présenter à ce sujet.

Mme Silverman: Vous pouvez peut-être vous reporter aux chiffres établis par la Commission Cooke. . .

M. Halliday: Je crois que la Commission Cooke avait cité le chiffre de 12 milliards de dollars—11 ou 12 milliards.

Mme Silverman: C'est exact. Le CCCSF sait très bien que les services de garde d'enfant sont coûteux. En revanche, nous avons toujours affirmé, dans nos publications et dans nos présentations, que la société bénéficie du travail des femmes sans pour autant leur rendre la pareille en les aidant à élever leurs enfants.

M. Halliday: Votre mémoire nous sera très utile, mais vous devriez peut-être nous faire parvenir un mémoire complémentaire dans lequel vous préciseriez le coût de certaines des mesures que vous recommandez. . .

J'aimerais maintenant passer à l'égalité d'accès. Vous demandez l'égalité d'accès, en particulier pour les habitants du Nord. Je comprends très bien cela. Par contre, vous semblez, d'un même souffle, demander le contraire. Vous avez répondu au Dr Wilbee qu'il n'était pas nécessaire de transporter par avion les femmes du Yukon jusqu'à l'hôpital Grace de Vancouver. Autrement dit, vous n'êtes pas pour l'égalité d'accès.

[Texte]

I think we use the term "equal access" in a very loose and inappropriate manner, because I do not think any of us really believe in equal access. But if you do, you should not be arguing that people do not have to be flown down from the inner and outer aspects of the Yukon or Northwest Territories to the Grace Hospital in Vancouver.

Ms Simms: As you say, there might be a problem with the definition of terms. When people have appropriate services and services that work. . . If what is appropriate to the people in Vancouver is a 10-flight hospital with all those shiny floors and that meets their needs, that is fine. But that might not necessarily be the essential thing needed in some isolated community. You might have to fly a woman down because she has a special operation or whatever. But to have a child she might not need to be there. We probably need the kind of community health and public health that will allow her to have very fine care for her child there.

So equal access does not mean everyone has to have the same thing. That is not what we are saying.

Mr. Halliday: Then what our witness, and others too, should be saying is that we will talk about appropriate access, not equal access. But we hear from a lot of other witnesses this concept of equal access. That does not make sense, as you have just finished stating. I am sorry you use the phrase "equal access" when you do not mean it.

Ms Simms: I think it is a semantic thing—

Mr. Halliday: It is more than semantic, because we talk about "equal access" too glibly and we really do not mean it. What you mean is "access appropriate to the location", and that makes sense to me.

Ms Simms: What we are saying is everybody should have quality health care, but quality is defined differently in different places. When we say "quality", we are saying the best health care to meet women's needs. It might not necessarily have to be a big shiny hospital.

Mr. Halliday: Fine, I agree with that.

We have heard from other groups almost ad nauseam, but not from this group this morning, that Canada has the best health care system in the world. You did not say that. You have identified a lot of problems, shortcomings in our system. Where could we look elsewhere in the world to find examples where we could gain information to improve our system? Where would you suggest we look to get ideas that would be helpful?

[Traduction]

Je crois d'ailleurs que nous utilisons l'expression «égalité d'accès» de manière générale et incorrecte parce qu'aucun d'entre nous ne croit réellement à l'égalité d'accès. Par contre, si vous êtes convaincue que tout le monde doit avoir le même accès aux services de santé, vous êtes en contradiction avec vous-même lorsque vous affirmez qu'il ne faudrait pas transporter par avion à l'hôpital Grace de Vancouver les patients des régions éloignées du Yukon ou des Territoires du Nord-Ouest.

Mme Simms: Vous avez raison de dire que le problème est peut-être au niveau de la définition. L'essentiel, c'est que chacun puisse disposer de services appropriés et efficaces. . . Tant mieux pour les habitants de Vancouver si leur hôpital de 10 étages aux parquets impeccables correspond à leurs besoins. Les habitants de certaines localités isolées ne recherchent pas nécessairement ce genre de luxe. Il est parfois nécessaire de transporter par avion jusqu'à Vancouver une femme qui a besoin d'une opération spéciale. Par contre, elle n'a pas besoin de s'y rendre uniquement pour accoucher. Nous avons besoin de services de santé communautaires et publics qui lui permettent de recevoir, sur place, les soins appropriés pour elle et son enfant.

Par conséquent, nous ne disons pas que l'égalité d'accès consiste à fournir les mêmes services à tous.

M. Halliday: Mais alors il faudrait parler non pas d'égalité d'accès, mais d'accès approprié. Or, beaucoup d'autres témoins ont évoqué le principe de l'égalité d'accès. Comme vous venez de le dire, l'expression «égalité d'accès» n'est pas correcte. C'est d'autant plus dommage que vous l'utilisiez.

Mme Simms: C'est une simple affaire de terminologie. . .

M. Halliday: Non, cela va plus loin, car on met cette expression dans toutes les sauces alors que nous ne voulons pas vraiment l'égalité d'accès. Il serait plus juste de parler d'accès approprié à la région.

Mme Simms: Ce que nous voulons, c'est que tous les Canadiens puissent bénéficier de services de santé de bonne qualité. Or, la qualité n'est pas la même partout. Nous entendons par «services de qualité» des services de santé qui permettent de répondre le mieux possible aux besoins des femmes. Nous ne réclamons pas nécessairement des grands hôpitaux modernes.

M. Halliday: Très bien, je suis d'accord avec vous.

Plusieurs témoins nous ont répété à satiété que le Canada avait le meilleur régime de services de santé du monde. Ce n'est pas ce que vous nous dites ce matin. Au contraire, vous avez pointé un certain nombre de problèmes et de carences de nos services de santé. De quels pays pouvons-nous nous inspirer pour améliorer nos services de santé? D'après vous, où pouvons-nous puiser des idées utiles?

[Text]

[Translation]

• 1005

Ms Simms: That is a loaded question. Again, we have to look at places where people are effectively having a fairly good life without spending so much on these things.

Mr. Halliday: I know, but where?

Ms Simms: Where? Well, I cannot answer that question, because I really do not know. I do not know if Canada has the best health care system. Maybe that is a Canadian point of view.

Mr. Halliday: It was not I who said it.

Ms Simms: I know, but—

Mr. Halliday: But we have been told that dozens of times.

Ms Simms: Yes, but sometimes you have to take that with “well, from whose point of view?”

Mr. Halliday: I just thought you might have some idea of where we could look to get some other ideas.

You said there is a special interest vis-à-vis women and longevity and reduced fertility. You used the phrase “reduced fertility” and you said there were physiological changes that led to that. I would be interested to know what they are.

Ms Simms: Why women—

Mr. Halliday: Have reduced fertility for physiological reasons—not because of family planning techniques but for physiological reasons. I was not aware of that.

Ms Simms: Are you talking about young women or older women?

Mr. Halliday: Earlier in your brief you talked about the fact that there were two unique things about women, their increased longevity and their decreased fertility, and you said they were because of physiological changes. I made a note here: “what are they?” I am not aware of those, and I would be interested to know.

Ms Silverman: Clearly some such causes are psychological and economic. We all know that. It simply is too difficult for many women to have children. The physiological causes are the increased rates of infertility. We will have a paper coming out within the next two weeks on the subject of infertility. The infertility rates among the age cohort of women now 15 to 30 have doubled.

Mr. Halliday: Do we know why?

Ms Silverman: Yes, the major cause is sexually transmitted diseases. This is why we emphasize the need

Mme Simms: Voilà une question difficile. Nous devons nous tourner vers les pays qui jouissent d'un assez bon niveau de vie et qui ne dépendent pas autant que nous pour les services de santé.

M. Halliday: Exactement, mais donnez-nous un exemple.

Mme Simms: Eh bien, je ne peux pas répondre à cette question, parce que je ne suis pas assez bien informée à ce sujet. Je ne sais pas si le Canada a le meilleur régime de santé du monde. C'est peut-être ce que pensent les Canadiens.

M. Halliday: Ce n'est pas moi qui l'ai dit.

Mme Simms: Je le sais.

M. Halliday: On nous l'a répété des dizaines et des dizaines de fois.

Mme Simms: Oui, mais parfois il faut relativiser.

M. Halliday: Je pensais que vous auriez pu m'indiquer quels étaient les pays dont le Canada aurait pu s'inspirer.

Vous avez dit qu'il faut tenir compte tout particulièrement de l'espérance de vie des femmes et du déclin du taux de fécondité. Vous avez utilisé l'expression «déclin du taux de fécondité» et affirmé que ce déclin s'explique par des facteurs physiologiques. J'aimerais avoir des précisions à ce sujet.

Mme Simms: Pourquoi note-t-on un déclin du taux de fécondité chez les femmes?

M. Halliday: Oui, pourquoi le déclin du taux de fécondité est dû à des facteurs physiologiques, non pas aux efforts de régulation des naissances, mais à des facteurs physiologiques. Je ne sais rien à ce sujet.

Mme Simms: Voulez-vous parler des femmes jeunes ou des femmes âgées?

M. Halliday: Dans votre mémoire, vous avez mentionné deux constatations qui touchent essentiellement les femmes, en l'occurrence l'augmentation de leur espérance de vie et le déclin de leur taux de fécondité et vous avez précisé que ce déclin s'explique par des facteurs physiologiques. En vous écoutant, j'ai inscrit sur ma feuille «lesquels?». Je voudrais en savoir plus long sur ces facteurs, car je n'en ai jamais entendu parler.

Mme Silverman: Nous connaissons les causes psychologiques et économiques. Il est tout simplement trop difficile pour certaines femmes d'avoir des enfants. Les causes physiologiques contribuent à augmenter les taux de stérilité. Nous allons publier dans les deux semaines qui viennent, un document sur la stérilité. Les taux de stérilité ont doublé chez les femmes âgées de 15 à 30 ans.

M. Halliday: Est-ce qu'on sait pourquoi?

Mme Silverman: Cette augmentation des taux de stérilité est due principalement aux maladies transmises

[Texte]

for support of the Planned Parenthood Federation of Canada—

Mr. Halliday: I agree with you on that 100%.

Ms Silverman: —and similar services. The linking in the public mind of sex education and reduced services seems to suggest a profligacy about the body and so on. In fact what we have urged and will continue to urge, via our paper on infertility, is increased health awareness of young women and men; i.e., how to prevent the kind of infertility that derives from sexually transmitted diseases.

The figures are stunning. There is a sort of constant infertility rate in the female population of about 15%. When you double that you have an age cohort, age 15 to 30, which has an infertility rate of 30%.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I hope our witnesses will give us some idea what their 12 research people feel about the cost of the increased services they are recommending to us so we have some way of handling that.

The Chairman: Yes, we would appreciate any additional information that exists in other areas. . . or if you have subsequent briefs that are being provided.

M. Marc Ferland (député de Portneuf): J'ai peut-être une perception assez particulière de la médecine, mais je me base un peu sur ce qui se passe au Québec. J'aimerais savoir si ma vision des choses est réaliste ou non, selon vous.

J'ai la nette impression qu'actuellement, le principal problème au niveau des soins de santé est attribuable au fait qu'on a l'impression d'avoir affaire à une médecine corporative: les médecins d'un côté, les infirmiers et les infirmières de l'autre. On se chicane pour savoir qui doit pratiquer les médecines dites douces. J'ai la nette impression que, dans les universités, on n'apprend plus à nos jeunes comment diagnostiquer et qu'on a de plus en plus l'habitude, particulièrement dans le cas des femmes, d'utiliser la médecine en capsules. La médication semble être très, très populaire, si on se fie aux statistiques sur la consommation de médicaments au Canada.

• 1010

J'aimerais savoir si vous partagez ma vision de la situation.

Ms Simms: My personal view, you mean?

M. Ferland: Ou celle de votre organisme, madame.

Ms Simms: As an organization we would also argue that women have been abused by the medical system as it now exists, as you are arguing that it is a chemical rather than preventive and holistic approach to medicine. Men also suffer from the effects of the whole. . . you call it

[Traduction]

sexuellement. C'est la raison pour laquelle nous estimons qu'il faut appuyer la Fédération pour le planning des naissances du Canada. . .

M. Halliday: Là-dessus, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Mme Silverman: Ainsi que les autres services du même genre. Pour le public, le lien entre l'éducation sexuelle et la réduction des services dénote une certaine légèreté vis-à-vis des choses corporelles, etc. De fait, nous ne cessons de réclamer et nous le demandons encore dans notre publication sur l'infécondité, que l'on aide les jeunes à mieux se préoccuper de leur santé afin d'éviter les problèmes de stérilité causés par les maladies transmises sexuellement.

Les statistiques sont effarantes. Chez les femmes, le taux de stérilité constante est d'environ 15 p. 100. Chez les femmes de 15 à 30 ans, ce taux double et passe à 30 p. 100.

M. Halliday: Monsieur le président, j'espère que nos témoins pourront demander à leurs 12 chercheurs d'évaluer les coûts des améliorations des services qu'elles recommandent afin que nous disposions de chiffres à ce sujet.

Le président: Nous aimerions en effet recevoir des renseignements complémentaires. . . ou d'autres mémoires sur le sujet.

Mr. Marc Ferland (Portneuf): I may have a particular view of medical services, but my impressions are based on what takes place in Quebec. I would like to know if, according to you, my view is realistic or not.

My impression is that the major problem as far as health care is concerned, is due to the corporate approach of medicine opposing doctors on one side to nurses on the other. Nobody agrees on who should provide the so-called holistic care. My impression is that universities don't teach any more how to diagnose illnesses and that doctors use more and more a medication approach, especially with women. According to statistics on medication consumption in Canada, this approach is more and more popular.

Do you share my view of the situation?

Mme Simms: Voulez-vous connaître mon point de vue personnel?

Mr. Ferland: Or the view of your organization.

Mme Simms: En tant qu'organisme, nous estimons que les femmes ont été trahies par la médecine actuelle qui se contente de traiter chimiquement les effets plutôt que d'adopter une approche préventive et holistique. Les hommes non plus ne sont pas épargnés par ce que vous

[Text]

commercialization. The whole focus of medicine as a response to the chemical industry is a major issue. We have also said that this is the problem. Women have suffered, as you know, from the chemicalization of treatment. Every time a woman goes to her doctor to discuss her social or psychological problem she is given one pill or another, and we know there is a major problem there. So we agree with that and we want to dialogue with the medical profession so we change that focus. Then you have to talk to the chemical companies who have an investment in the chemicalization of our treatment.

Mr. Ferland: Vous n'avez pas répondu en ce qui regarde le corporatisme. Je pense entre autres à la bataille que mènent les sages-femmes face au corps médical, au Québec. Est-ce que votre organisme a regardé la situation? Est-ce qu'il arrive à la conclusion qu'effectivement, nous vivons dans une médecine corporative, c'est-à-dire une espèce de chasse gardée? La médecine est peut-être aussi un peu trop spécialisée. Il y a le spécialiste du pouce, du petit doigt, du petit orteil. On a l'impression qu'on ne peut plus se faire soigner sans aller voir un spécialiste pour n'importe quelle partie de son corps. Est-ce que votre organisme a la même perception?

Ms Simms: Yes, the same view, but we have to look at the social history of medicine and the elitism of medicine. That is a major issue, but you are quite right that it has become the preserve of people who have been trained and given a certain number of degrees and have these specialists, when in fact traditionally we have had a whole system of health care that was not defined within the formal medical definitions. It is an ideological battle. So that is something we as women have been very conscious of, and women have been writing a lot about that. We also talk about how the profession has been male dominated too, and we think that is why it went in that direction.

The Chairman: Could I ask you just very quickly if we can wrap this up. I realize it is an interesting discussion, but we do have another set of witnesses.

Ms Mitchell: As a matter of fact, my question was somewhat related to drug dependency, but I wanted to ask about the whole question of aging as it applies to women and the needs of women in their middle years—most of your brief is focused on the child-bearing years—and whether or not studies are being done. I know that you are covering many topics. Dr. Halliday is being very fierce with you today, but I know how stretched your researchers must be. Is this an area the council has focused on or will be focusing on? Because there are very serious needs there.

Ms Simms: Yes, we will be focusing on that, because we are very conscious of the demographic information that the women are an aging population. They will need

[Translation]

qualifiez de commercialisation de la médecine. Nous avons, nous aussi, dénoncé l'influence de l'industrie chimique sur la médecine. Comme vous le savez, les femmes ont été les victimes de cet abus de médicaments. Chaque fois qu'une femme consulte un médecin au sujet d'un problème social ou psychologique, on lui prescrit des pilules ou des cachets. Nous savons que la situation est grave et nous voulons dialoguer avec le monde médical pour qu'il change son approche. Ensuite, il faudra discuter avec les laboratoires qui ont investi dans la production de médicaments.

Mr. Ferland: You didn't answer my question about corporatism. I am thinking particularly about the battle mid-wives from Quebec are engaged in against doctors. Did your organization study this situation? Don't you conclude that the medical system is a corporate one, some kind of private grounds? As well, the medical system is maybe too specialized. There are specialists for all kinds of things. We tend to think that we have to see a specialist for all the different parts of the body. Does your organization have the same perception?

Mme Simms: Oui, nous avons la même perception, mais il faut prendre en considération l'histoire sociale de la médecine et l'élitisme qui prévaut dans les milieux médicaux. Cependant, vous avez raison de dire que la médecine est devenue la chasse gardée des médecins et spécialistes qui ont reçu la formation et les diplômes appropriés, alors qu'il y avait autrefois un régime de santé qui ne répondait pas aux critères de la médecine officielle. C'est une bataille purement idéologique. En tant que femmes, nous en sommes très conscientes et beaucoup de choses ont été écrites à ce sujet. Nous constatons également que le milieu médical est dominé par les hommes et que cela explique probablement la situation actuelle.

Le président: La discussion est très intéressante, mais je vais vous demander de conclure rapidement, car nous avons d'autres témoins à entendre.

Mme Mitchell: La question que je voulais poser se rapporte justement un peu à la dépendance à l'égard des médicaments, mais je voulais également vous entendre parler du vieillissement et des besoins propres aux femmes d'âge mûr et vous demander si des études avaient été faites à ce sujet. En effet, la plus grande partie de votre mémoire concerne les femmes en âge d'avoir des enfants. Je sais que vous vous intéressez à toutes sortes de sujets et je comprends que vos chercheurs soient débordés. Le docteur Halliday a été exigeant avec vous aujourd'hui. Est-ce que le Conseil s'est intéressé ou a l'intention de s'intéresser au sujet que j'ai mentionné? Je crois en effet que les besoins sont assez criants.

Mme Simms: Oui, nous allons étudier les aspects que vous avez mentionnés car nous réalisons que, démographiquement, les femmes font partie d'une

[Texte]

different kinds of health care, different kinds of houses, different kinds of social lives. So we are very aware that we are in a changing society when it comes to women's lives.

Ms Mitchell: And the middle years, after the children have left.

Ms Simms: Yes, definitely. Thank you very much.

The Chairman: On behalf of the committee, I extend to the Canadian Advisory Council on the Status of Women thanks for your testimony here this morning. I think it is evident by the questions that have been posed to you that members of the committee have a genuine interest and concern. As Dr. Halliday mentioned, if there is additional information that you feel would be relevant to this committee's work as we prepare our report, we would certainly appreciate any suggestions, advice, and additional information you can provide. Once again, on behalf of all members of the committee I extend our sincere thanks for appearing before us this morning.

• 1015

Ms Simms: Thank you.

The Chairman: We will take just a very brief recess, one or two minutes. We will then call on the Canadian Health Coalition.

• 1016

• 1019

The Chairman: I would like to welcome the Canadian Health Coalition. We have with us Pamela FitzGerald, the executive co-ordinator; Kathleen Connors, the vice-chairperson and president of the National Federation of Nurses Union.

Thank you for appearing before the committee this morning. Having sat through the last portion of the hearings, I think you will be aware the committee is most interested in hearing from a variety of groups relating to health care services in Canada, areas you see where there can be suggestions for significant improvement. We look forward to your testimony this morning, and ask that you provide us with that at this time, followed by questions from members of the committee. Thank you very much.

• 1020

Ms Kathleen Connors (Vice-Chairperson, Canadian Health Coalition): Thank you, Mr. Chairman. It is a pleasure for the Canadian Health Coalition to be able to join with this standing committee once again, because the coalition did appear before the committee in its examination prior to the tabling of its interim report. We feel it is extremely important that we reappear and reiterate some of the longstanding concerns the coalition

[Traduction]

population vieillissante. Les femmes auront besoin de services de santé, de logement et d'arrangements sociaux différents. Nous avons conscience qu'il se produit en ce moment des changements sociaux qui touchent les femmes.

Mme Mitchell: Et les femmes d'âge mûr, après que les enfants ont quitté la maison.

Mme Simms: En effet. Merci beaucoup.

Le président: Au nom du Comité, je remercie le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme de nous avoir présenté son témoignage ce matin. Les questions qui ont été posées aux témoins prouvent l'intérêt véritable des membres du Comité pour les sujets qui ont été abordés. Comme l'a mentionné le docteur Halliday, le Comité aimerait recevoir des suggestions, des conseils et d'autres renseignements susceptibles de lui être utiles pour la préparation de son rapport. Au nom de tous les membres du Comité, je vous remercie sincèrement, une fois encore, pour le témoignage que vous avez présenté ce matin.

Mme Simms: Merci.

Le président: Nous allons prendre une courte pause d'une ou deux minutes, puis nous entendrons le témoignage de la Coalition canadienne de la santé.

Le président: Je souhaite la bienvenue à la Coalition canadienne de la santé représentée par Pamela FitzGerald, coordonnatrice principale, et Kathleen Connors, vice-présidente et présidente de la Fédération nationale des syndicats d'infirmières et infirmiers.

Je vous remercie pour le témoignage que vous allez présenter ce matin au Comité. Étant donné que vous avez assisté au témoignage précédent, je pense que vous avez compris que le Comité cherche surtout à connaître l'opinion de toute une gamme d'organismes sur les services de santé au Canada afin de recueillir des suggestions d'amélioration. Nous sommes prêts à entendre votre présentation qui sera suivie par les questions que les membres du Comité voudront bien poser. Je vous remercie.

Mme Kathleen Connors (vice-présidente, Coalition canadienne de la santé): Merci, monsieur le président. La Coalition canadienne de la santé est ravie de pouvoir rencontrer à nouveau ce Comité permanent: elle avait en effet comparu devant lui avant le dépôt de son rapport provisoire. Nous estimons qu'il est extrêmement important pour nous de pouvoir exprimer à nouveau devant vous les préoccupations que la Coalition entretient

[Text]

has had with respect to Canada's health care system, and I stress the health care aspect of it.

The Canadian Health Coalition includes 34 national organizations. It represents health, education, church, social development, labour, consumer, senior citizens, women, and agricultural groups.

While thanking the committee for the opportunity to speak, we feel we must point out that the very broad mandate of the terms of reference leads us to question the whole purpose for the present deliberations. We ask you, is it not the beginning of an attempt to redefine health care in Canada? The Canadian Health Coalition has become increasingly aware that the maintenance and improvement of Canada's health care system is linked to federal-provincial fiscal arrangements and the rational management of provincial health care programs.

Canada's medicare system is slowly being eroded by federal underfunding and by inappropriate provincial health care priorities. There is a tendency to lose perspective on the increasing numbers of elderly in this country. According to a 1986 study by the International Monetary Fund, spending on social services in Canada is likely to decrease during the next 20 years without changing established social programs. As well, in 1981 the Organization for Economic Co-operation and Development ranked Canada only 13th out of the 19 industrial countries in terms of percentage of gross national product that was represented by social expenditures.

The Health Coalition believes that leadership through federal spending power is needed to ensure that federal support for health care is used to further the goal of a universal comprehensive health services program and to maintain national health care standards and principles. We feel that last year's budget cuts, coupled with this year's cuts to transfer payments, in fact gives the opposite message to the provinces. It could further be argued that by lessening its economic control, Ottawa is weakening its influence on the delivery and quality of health care. The greatest problem in our view is how to redirect and reallocate new and existing health care dollars. Without redirection, health care costs will continue to increase. Unfortunately, what we refer to as the health care system is fixated on and channels the majority of its resources to the treatment of illness and poor health rather than to prevention.

While we commend federal endeavours supporting smoking cessation programs, we feel these endeavours should be extended to include initiatives to decrease the social causes of illness, as well as those related to

[Translation]

de longue date à l'égard du système de soins de santé du Canada, et j'insiste sur les soins de santé.

Notre Coalition regroupe 34 organisations nationales. Elle représente des groupes appartenant aux domaines suivants: santé, éducation, confessions religieuses, développement social, travail, consommation, personnes du troisième âge, femmes et agriculture.

Si nous sommes reconnaissants au Comité de nous offrir cette possibilité de témoigner devant lui, nous estimons cependant nécessaire de faire remarquer que l'ampleur même de son mandat nous amène à nous interroger sur l'objet des présentes délibérations. N'est-ce pas là le début d'une tentative de redéfinition des soins de santé au Canada? La Coalition canadienne de la santé est de plus en plus consciente du fait que le maintien et l'amélioration du système des soins de santé dans notre pays sont liés aux ententes fiscales entre les autorités fédérales et provinciales et à la gestion rationnelle des programmes de soins de santé provinciaux.

Le régime d'assurance-maladie du Canada se dégrade lentement du fait de l'insuffisance de l'aide financière fédérale et du mauvais choix des priorités provinciales dans le domaine des soins de santé. On a tendance à perdre de vue le nombre croissant de personnes du troisième âge dans ce pays. D'après une étude effectuée en 1986 par le Fonds monétaire international, il est probable que les fonds consacrés aux services sociaux au Canada diminueront au cours des 20 prochaines années si les programmes sociaux établis ne sont pas modifiés. D'autre part, en 1981, l'Organisation de développement et de coopération économiques plaçait le Canada au treizième rang des 19 pays industriels pour ce qui était du pourcentage du produit national brut consacré aux dépenses sociales.

Notre Coalition estime que des initiatives doivent être prises pour que les autorités fédérales consacrent aux soins de santé les sommes nécessaires pour promouvoir un programme de services de santé complet et universel et pour maintenir les normes et les principes nationaux dans ce domaine. Nous considérons que les coupures budgétaires de l'an dernier, ainsi que la réduction des paiements de transfert de cette année, donnent en fait aux provinces l'impression que l'objectif poursuivi est tout à fait autre. On pourrait également faire valoir qu'en réduisant son contrôle économique, Ottawa a faibli en influant sur la prestation et la qualité des soins de santé. À notre avis, le plus gros problème est de déterminer comment réorienter et réaffecter l'argent dont on dispose actuellement et les fonds nouveaux pour les soins de santé. Si l'on ne fait rien pour cela, les coûts de ces soins continueront à augmenter. Malheureusement, ce que nous appelons le régime de soins de santé consacre la majorité de ses ressources au traitement des maladies plutôt qu'à leur prévention.

Nous félicitons les autorités fédérales de leurs efforts en faveur des programmes destinés à éliminer l'usage du tabac, mais nous pensons que cela devrait également comprendre des mesures destinées à réduire les causes

[Texte]

individual lifestyle. We also encourage non-medical professions to play a greater role in counselling in disease prevention. We expect that this approach will reduce medical costs by reducing the incidence of disease. For the elderly particularly, these types of services could play an important and perhaps more effective alternative to expensive physician care. We also believe that government and health agencies should promote a more egalitarian attitude between medical and non-medical professionals.

Research findings increasingly link low income to poor health status. For the elderly, many of whom are below the poverty line, institutionalization is often the only alternative when faced with inadequate family support, outside assistance, or community support.

• 1025

For social and economic reasons it is vital to integrate social and health services to prevent institutionalization. But if the de-institutionalization of the psychiatrically ill is any indication, homelessness, inadequate nutrition, chronic illness, inadequate community support, and depression result when insufficient financial resources are allocated to ensure an adequacy of social services.

We would suggest that funding initiatives be directed toward creating funding flexibility for the implementation of a range of social health services providing capital expenditure and cost-sharing arrangements, operating costs for community health centres, CLSCs, providing federal cost-share programs for funding for programs which would encourage community or home care programs for the elderly, and providing cost-share funding for national research programs and a comprehensive data base.

We also would suggest to you that federal funding initiatives be obtained through general income tax revenues, by a rearrangement of federal and provincial funding arrangements through reducing structural inefficiencies, and by involving all parties in the policy-making procedure.

Finally, I would like to again stress that we are distressed by the erosion of the basic principles of medicare and with the decline in federal leadership in this area. We are also concerned about the basic structure and orientation of our health care system and reiterate that

[Traduction]

sociales de maladies, ainsi que celles qui ont trait au mode de vie individuel. Nous encourageons également les professions non médicales à jouer un rôle plus important de conseillers dans le domaine de la prévention des maladies. Cela devrait contribuer à réduire les frais médicaux en diminuant l'incidence des maladies. En particulier dans le cas des personnes du troisième âge, ce genre de services pourrait constituer une solution importante et peut-être plus efficace que les soins coûteux assurés par les médecins. Nous estimons également que les organismes gouvernementaux et ceux qui s'occupent des questions de santé devraient promouvoir une attitude plus égalitaire entre les professionnels de la médecine et ceux des services non médicaux.

Les recherches montrent de plus en plus clairement qu'il existe un lien entre les faibles revenus et la mauvaise santé. Dans le cas des personnes âgées, dont beaucoup ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, la mise en institution est souvent la seule solution qui s'offre lorsque le soutien familial, l'aide extérieure ou le soutien communautaire sont insuffisants.

Pour des raisons socio-économiques, il est absolument indispensable d'intégrer les services sociaux et les services de santé afin d'empêcher cette institutionnalisation. Mais si la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques est un exemple de ce qui se passe, l'errance, une alimentation insuffisante, les maladies chroniques, un soutien communautaire insuffisant et la dépression en sont le résultat lorsque les ressources financières mises en place ne sont pas suffisantes pour assurer des services sociaux acceptables.

Nous recommandons l'adoption d'une plus grande souplesse de financement de manière à permettre la mise en oeuvre de toute une gamme de services de santé sociale comportant des dépenses d'équipement et des dispositifs de partage des frais, des coûts de fonctionnement pour les centres de santé communautaires, la mise en place de programmes à frais partagés fédéraux pour le financement d'initiatives destinées à encourager les programmes communautaires ou les programmes de soins à domicile à l'intention des personnes du troisième âge, et pour assurer le financement à frais partagés de programmes de recherche nationaux et de l'établissement d'une base de données complète.

Nous estimons également que les autorités fédérales devraient constituer les fonds nécessaires en utilisant les recettes de l'impôt sur le revenu, en réorganisant les ententes de financement avec les provinces grâce à un effort d'élimination des faiblesses du système et à la participation de toutes les parties à l'établissement des politiques.

Pour conclure, je tiens encore une fois à souligner le fait que nous sommes navrés de l'érosion des principes de base de l'assurance-maladie et de l'affaiblissement du leadership fédéral dans ce domaine. Les structures fondamentales de notre régime de soins de santé et

[Text]

social issues must be considered in studying the health system. The Canadian Health Coalition asks that you attach greater importance to the social implications of federal-provincial cost-shared health care programs.

Those comments, Mr. Chairman, briefly overview the contents of our brief. We did this type of a presentation to permit more time for a dialogue and questions between ourselves and the committee members. Thank you.

The Chairman: Thank you very much. We appreciate the presentation of your material and the concise form in which you have summarized it this morning.

We have adequate time for questioning by members of the committee, and with that I would move to the first round of questioning. Ms Mitchell, if you would, please.

Ms Mitchell: My first question is about the need for changing the emphasis in our health care services. We have been talking about this for years, but it seems to be very difficult to make the changes in emphasis.

I grew up in a small town where a family doctor, like the gentleman sitting over here, provided almost all the services, and probably a school nurse as well. Now when I go to a clinic in Vancouver—and I have a cholesterol problem—I am usually referred to three or four different specialists. I never get a report back to help me look after my health. Nobody really tells me to change my eating habits, which is probably what is needed. I just use that as one example of over-specialization.

Then of course we have a fascination with high technology and that we all have to live to be a thousand years old and therefore we have to have artificial hearts and this and that, which, and I do not have to tell you that, is taking money away from prevention and promotion of health and well-being and dealing with people in communities and helping them stay out of institutions.

I wonder if you would comment on that and also on what we keep saying over and over, that medicine traditionally is a physician-dominated system. And doctors say that as well. I have heard doctors saying this. That does not seem to change either. Maybe I am out of date. But what can be done to make these changes so there is more collectivity in medical services, more use of frontline...? I would like to see, for instance, friendly neighbourhood helpers—they do not have to be trained professionals—who speak the language of the community and who are attached to a community clinic and that kind of thing. How can we make these changes?

[Translation]

l'orientation donnée à celui-ci nous inquiètent également et nous répétons qu'il est indispensable de tenir compte des questions d'ordre social lorsqu'on étudie ce régime. La Coalition canadienne de la santé vous demande d'accorder plus d'importance aux conséquences sociales des programmes de soins de santé à frais partagés fédéraux-provinciaux.

Ces quelques remarques, monsieur le président, vous donnent un bref aperçu du contenu de notre mémoire. Nous nous en tenons à ce type d'exposé afin de réserver plus de temps au dialogue et aux questions entre nous-mêmes et les membres du Comité. Je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup. Nous vous remercions d'avoir su présenter votre mémoire de manière aussi concise, ce matin.

Nous disposons de suffisamment de temps pour que les membres du Comité vous posent des questions, et j'en profite pour donner, sans plus attendre, la parole à M^{me} Mitchell.

Mme Mitchell: Ma première question concerne la nécessité de modifier l'orientation de nos services de soins de santé. Il y a des années que nous en parlons, mais il semble qu'il soit très difficile de le faire.

J'ai grandi dans une petite ville où un médecin de famille, comme le monsieur qui est assis ici, assurait presque tous les services, et remplissait probablement aussi les fonctions d'infirmier scolaire. Aujourd'hui, lorsque je me rends dans une clinique de Vancouver—j'ai un problème de cholestérol—on me renvoie habituellement à trois ou quatre spécialistes différents. Et après cela, jamais on ne m'envoie de rapport pour m'aider à m'occuper moi-même de ma santé. Personne ne me dit vraiment de changer mes habitudes alimentaires, ce dont j'ai probablement pourtant besoin. Je mentionne seulement cela pour vous donner un exemple de surspécialisation.

En plus, nous sommes naturellement fascinés par la technologie de pointe; nous voudrions tous vivre plus vieux que Mathusalem et il nous faut donc des coeurs artificiels et tout le reste ce qui, cela va sans dire, enlève de l'argent à la prévention et à la promotion de la santé et du bien-être et aux services communautaires qui permettraient aux gens de ne pas être institutionnalisés.

J'aimerais avoir vos commentaires là-dessus et aussi ce que vous pensez de ce que l'on répète constamment, à savoir que la médecine est traditionnellement dominée par les médecins. Les médecins le disent d'ailleurs aussi; j'en ai entendu qui le reconnaissent. Cela ne semble pas non plus changer. Je ne suis peut-être pas parfaitement au courant de tout, mais que pourrait-on faire pour apporter de tels changements de manière à faire une plus large place à la collectivité dans les services médicaux, à mieux utiliser les non-professionnels...? J'aimerais bien voir, par exemple, des aides amicaux—they n'ont pas besoin d'être des professionnels—qui parleraient la langue que comprend bien la communauté et qui seraient attachés à

[Texte]

[Traduction]

une clinique communautaire. Comment apporter de tels changements?

• 1030

Ms Connors: In reply to the questions on changing emphasis and how we move away from the physician as the traditional gatekeeper to the health care system and in meeting the mandate of this committee, we need to take a look at the dollars. When the Canadian Health Coalition talks about our distress over the federal government, as we see it, abdicating its role of leadership in setting the tone for what kind of health care system this country has, the federal government could be quite innovative in its bargaining with the provinces over funding. In its transfer payments the federal government can target things and say yes, you are going to get transfer payments for health, but it is going to be targeted not towards the shiny nuclear-imaging equipment or to 50 more CAT scanners in the country but towards making safe, unpolluted water available, towards making adequate housing for seniors available—some targeting of those transfer payments.

There have to be ways. You people are quite innovative in coming up with legislation. That is an alternative. If you want and believe in the need to move away from that illness-dominated, high-cost, high-tech system, then you can start targeting the funding in transfer payments.

Probably the fact that the Canada Health Act incorporates the term "health care practitioner" as an access point to the health care system needs to be followed up. The government of this country federally has to put some teeth into the regulations that cover the act that would in fact force the provinces who have been reluctant to change the focus from medical practitioner to health care practitioner at the provincial level. It is the kind of determination of putting in place regulations that will ensure these kinds of things, in targeting dollars for those kinds of services you talked about that people within the coalition have said are essential.

Labour people say that we need to have more emphasis on the occupational health and safety of our workplaces. If our workplaces are healthy places and environments in which to work, then we will not have to go to the hospital with hearing loss or with a chronic degenerative back problem, those sorts of things, because they will have been handled at the workplace.

Ms Mitchell: I really feel very strongly that this committee has a great challenge in making strong representations to bring about these changes.

I wanted to ask you also about the shortage of nurses, what can be done about that and why there is a shortage of nurses, and also the accreditation of immigrants, both nurses and all kinds of health professionals. We have a lot

Mme Connors: Lorsqu'il s'agit de modifier l'orientation des services de santé, de trouver un moyen de ne pas toujours passer d'abord par le médecin et aussi, d'exécuter le mandat de ce Comité, il faut tout d'abord considérer l'argent dont on dispose. Lorsque la Coalition canadienne de la santé déplore de voir le gouvernement fédéral abdiquer son rôle de leader dans l'orientation de notre régime de soins de santé, c'est qu'elle estime que les autorités fédérales pourraient faire preuve d'un peu plus d'imagination dans leurs négociations financières avec les provinces. Elles pourraient, par exemple, continuer à effectuer des transferts de paiements pour les services de santé mais en précisant que les fonds devront être réservés, non point pour du matériel d'imagerie nucléaire bien brillant ou pour 50 scanners de plus mais pour assurer une alimentation en eau non polluée, pour fournir des logements acceptables aux personnes du troisième âge. Voilà sur quoi on devrait axer ces paiements de transfert.

Il y a certainement des moyens de le faire. Vous ne manquez pas d'imagination lorsqu'il s'agit de rédiger de nouvelles lois. Voilà la solution de rechange que nous vous proposons. Si vous croyez vraiment à la nécessité de vous écarter d'un système de haute technologie très coûteux dominé par la maladie, pour commencer, donnez de nouveaux objectifs aux paiements de transfert.

Dans la Loi canadienne sur la santé, le terme «praticien des soins de santé» désigne la personne qui constitue le point d'accès au régime des soins de santé; il s'agit probablement là de quelque chose qui mérite d'être suivie. Il faut que le gouvernement de ce pays donne plus de poids aux règlements découlant de cette loi de manière à contraindre les provinces réticentes à s'intéresser plus aux praticiens des soins de santé qu'aux praticiens de médecine. Ce n'est que si l'on décide de mettre en place des règlements qui assureront cette orientation, et si l'on réserve des fonds au genre de services jugés essentiels par les membres de la Coalition, que cela pourra se faire.

Les gens des syndicats nous disent qu'il faut accorder plus d'importance à la santé et à la sécurité dans le milieu de travail. Si les gens peuvent travailler dans un environnement sain, ils ne seront plus obligés d'aller à l'hôpital parce qu'ils sont menacés de surdité ou qu'ils souffrent de problèmes chroniques dus à une dégénérescence de la colonne vertébrale, car ce genre de problèmes auront déjà été traités au travail.

Mme Mitchell: Il me paraît très important que ce Comité relève le défi et intervienne vigoureusement pour assurer ces sérieux changements.

Je voulais également vous interroger sur la pénurie d'infirmières, sur ce qu'on peut faire dans ce domaine et sur les raisons de cette situation; ce qui m'intéressait également c'était l'accréditation des immigrants, qu'il

[Text]

of underutilized people who come from other countries and have skills but their skills are not being used to potential.

Ms Connors: For the benefit of some of the committee members, I am a nurse. I think my position within the body with which I am active would allow me to address the issue of the nursing shortage. People are asking if in fact there is a nursing shortage. If we look at statistics, the number of nurses in fact has increased, but there are about 30,000 nurses who are not practising their profession. We need to be asking—and perhaps the committee or a subcommittee of this committee might be interested in doing some discussion around this—why 25,000 nurses have withdrawn from the profession. Why have they left health care delivery and gone into real estate and all sorts of other things that are not utilizing their knowledge base, their skills, that compassion and caring that nurses have with them wherever they are working?

There is a shortage, because people cannot have surgery because there are not nurses in ORs or in intensive-care units and things like that. It is because of how the health care system is evolving, the high tech, high interventionist type of system that we have.

• 1035

Ten or fifteen years ago, as you said, Ms Mitchell, some of those people on whom we are doing heart transplants would have been assisted to a peaceful and a comfortable death. Now, because of advances in medical research and technology, they are having the option of continuing their lives. We need nurses and health professionals of all sorts to care for these people. That is one issue.

Some of the issues that exist in the health care system are stress, the very interventionist types of things, the fact that because cut-backs in health care delivery at other levels means that nurses spend about one-third of their time doing non-nursing duties and has led nurses to leave.

I think it is incumbent on the federal government, the provincial government, and our employers in health care, wherever they are, to address why nurses are leaving. Why do they not want to stay? What kinds of conditions need to be available in health care delivery to allow them to stay? I would just add the comment that some of the very primary issues are not necessarily money issues.

Recognize the nurse for the very important role we play in health care delivery. We are the ones who are there 24 hours a day, 7 days a week. Recognize the role we play and give us more input into the decision-making

[Translation]

s'agisse d'infirmières ou de professionnels de la santé. Nous avons, au Canada, un tas de personnes sous-utilisées, venues d'autres pays, dont les compétences ne sont pas pleinement exploitées.

Mme Connors: Au cas où certains membres du Comité ne le sauraient pas, je précise que je suis infirmière. Je suis, je crois, bien placée pour parler de la pénurie de personnel dans le domaine infirmier. Il y a des gens qui nous demandent si cette pénurie existe réellement. Si l'on prend les statistiques, on constate que le nombre des infirmières a en fait augmenté, mais il y en a environ 30,000 qui ne pratiquent pas leur profession. On est amené à se demander... peut-être le Comité ou un sous-comité pourrait examiner cette question de... pourquoi 25,000 infirmières ont abandonné leur profession. Pourquoi ont-elles renoncé à la prestation de soins de santé et se sont-elles lancées dans l'immobilier ou toutes sortes d'autres activités dans lesquelles leurs compétences, leurs connaissances, et la compassion qui est le propre de leur métier, ne sont pas utilisées?

La pénurie existe, parce que les gens ne peuvent pas se faire opérer, parce qu'il n'y a pas d'infirmières dans les salles d'opération ou dans les unités de soins intensifs, etc. Cela est dû à la façon dont le régime de soins de santé évolue, à la haute technologie et au haut degré d'intervention qui caractérise ce système.

Il y a 10 ou 15 ans, comme vous le disiez, madame Mitchell, on aurait aidé certaines des personnes qui ont subi aujourd'hui une transplantation cardiaque, à mourir de façon aussi paisible et confortable que possible. Aujourd'hui, à cause des progrès de la recherche et des techniques médicales, ces gens-là ont la possibilité de prolonger leur vie. Nous avons besoin d'infirmières et de professionnels de la santé de toutes sortes pour s'en occuper. Ça, c'est un des problèmes.

Parmi les autres problèmes du régime de soins de santé, il y a le stress, les nombreuses interventions, le fait que les réductions imposées à d'autres niveaux à la prestation des soins de santé obligent les infirmières à passer un tiers de leur temps à exécuter des tâches non professionnelles et c'est une des raisons pour lesquelles elles s'en vont.

J'estime qu'il appartient au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et à nos employeurs dans le secteur des soins de santé, quels qu'ils soient, de se demander pourquoi les infirmières s'en vont. Pourquoi ne veulent-elles pas rester? Quelles sont les conditions nécessaires pour qu'elles acceptent de continuer à assurer des soins de santé? J'ajouterai simplement que la question de l'argent n'est pas fondamentale.

Il faut reconnaître le rôle très important que les infirmières jouent dans la prestation des soins de santé. Nous sommes là 24 heures par jour, sept jours par semaine. Il faut reconnaître le rôle que nous jouons et

[Texte]

around how health care is delivered, how the dollars get allocated in health care, those kinds of things.

There have been some very basic moves in some provinces. In the province of Alberta, for example, the eight provincially owned hospitals have now put in place legislation that will in fact allow a staff nurse, a front line deliverer of health care, to be elected by her peers to be on the board of directors, something that nurses have advocated from our perspective for quite some time. We know what goes on in health care. Let us take a place at the table where those decisions are made.

In Ontario the Public Hospitals Act has been amended to allow nurses, staff nurses once again, to be elected to positions where decisions are made around allocation of dollars, such as finance committees. We would like to see that sort of initiative blossom and grow across the country.

Lip service is not good enough for nurses any longer. Those kinds of things need to be addressed. You can put me on my soapbox about nurses and I could take the whole hour, but I think that we need to look at the whole picture too, because nurses are one cog in that wheel of health care delivery.

Nurses do not believe in the illness care model. They believe in the health care model, and have the kinds of knowledge, and training and skills that would make us very effective in the community, in the schools, in the prevention aspects, and that is where we would be able to work at our best: not under the confines of hospital protocols and procedures, but in the community and education, those kinds of things.

There was another question with respect to the accreditation of health care practitioners from other countries. I think that dialogue has to occur between federal and provincial governments and the groups that license nurses, physicians, and other health care providers to practise.

I can say this is true, having listened to the advisory council's presentation. As a nurse in northern Manitoba I was saddened to try to deliver care to a Greek woman in labour when in fact working on the floor with me as a nurse's aid, because she could not get Canadian papers, was a Greek midwife. Of course in that situation the Greek midwife came into the caseroom with me. She functioned far more effectively in understanding the culture and how a Greek woman would deal with the labour and delivery process than would a Canadian nurse. I will never forget the experience.

[Traduction]

nous permettre d'avoir notre mot à dire dans les décisions concernant la manière dont les soins de santé sont administrés, celle de la répartition des fonds, etc.

Dans certaines provinces, des mesures draconiennes ont été prises. En Alberta, par exemple, les règlements adoptés pour les huit hôpitaux appartenant à la province permettent maintenant à une infirmière, c'est-à-dire à la personne qui se trouve au premier rang de la prestation des soins de santé, d'être élue par ses pairs au conseil d'administration, mesure que les infirmières prônaient depuis un certain temps. Nous savons ce qui se passe dans les soins de santé. Faites-nous une place à la table des décideurs.

En Ontario, la Loi sur les hôpitaux publics a été modifiée de manière à permettre aux infirmières, il s'agit encore une fois d'infirmières titulaires, d'être élues à des postes où des décisions sont prises en ce qui concerne l'allocation des fonds, comme par exemple, dans les comités des finances. Nous aimerions voir se généraliser ce genre d'initiatives dans tout le pays.

Cela ne suffit plus de payer les infirmières que de bonnes paroles. Ce sont donc là des questions qui doivent être réglées. Si vous me lancez sur le sujet des infirmières, vous pourrez en parler pendant une heure entière, mais je crois qu'il faut examiner le problème dans un contexte plus général car les infirmières ne sont qu'un des rouages du système de prestation des soins de santé.

Les infirmières n'ont aucune foi dans ce que j'appellerais le modèle curatif. Ce à quoi elles croient, c'est aux soins de santé, elles ont précisément les connaissances, la formation et les compétences pour être très utiles dans les communautés, dans les écoles, sur le plan de la prévention; c'est là où nous pouvons rendre les meilleurs services: non pas lorsqu'on nous impose le carcan des protocoles des procédures hospitalières, mais au sein de la communauté et dans le domaine de l'enseignement.

Il y avait également la question de l'accréditation des praticiens des soins de santé venus d'autres pays. Je crois qu'un dialogue doit s'instaurer à ce sujet entre les gouvernements fédéral et provinciaux et que groupes qui autorisent les infirmières, les médecins et autres prestataires de soins de santé.

Je puis dire que c'est vrai, après avoir écouté l'exposé du Conseil consultatif. Pour moi qui ai été infirmière dans le nord du Manitoba, cela m'a fait de la peine d'essayer d'aider une Grecque en train d'accoucher alors qu'il y avait là une sage-femme grecque qui travaillait au même étage comme aide-infirmière, parce qu'elle n'avait pas obtenu les documents canadiens requis. Bien entendu, vu la situation, la sage-femme grecque est venue m'aider. Elle s'est montrée beaucoup plus efficace que moi parce qu'elle comprenait la culture de cette femme et savait beaucoup mieux qu'une infirmière canadienne comment une Grecque allait réagir pendant son accouchement. Je n'oublierai jamais cette expérience.

[Text]

• 1040

I have always seen the need for professionals from the Philippines, from Third World countries, in dealing with the culture and understandings of those recipients of health care. We have to tailor our delivery system to meet their needs. Again, it is dialogue. Once again we have to see not only how Canadian standards can be maintained but how these individuals can be recognized for their educational preparation and skills.

Mr. Halliday: I welcome the witnesses back again. You say this is your second visit. That interested me. Are you here because you asked to come or because we asked you to come?

Ms Pamela FitzGerald (Executive Co-ordinator, Canadian Health Coalition): You asked us to come.

Mr. Halliday: Do you know why we asked you to come?

Ms FitzGerald: I do not read minds yet, so I am not sure why you asked us to come specifically.

Mr. Halliday: I see. You mentioned that you are an umbrella organization representing 34 other national organizations. Does that include the Canadian Registered Nurses Association?

Ms Connors: The Canadian Nurses Association is not a member of the Canadian Health Coalition. But I would suggest to you, Dr. Halliday, that the members of the National Federation of Nurses Union are members of the Canadian Nurses Association.

Mr. Halliday: How many members are there in your organization?

Ms Connors: In our organization there are 26,000.

Mr. Halliday: How many are in the Canadian Registered Nurses Association?

Ms Connors: I believe the Canadian Nurses Association is representative of about 110,000 nurses.

Mr. Halliday: Is the Canadian Medical Association represented on the coalition?

Ms Connors: No, they are not, but within our membership the Medical Reform Group is an active participant in the—

Mr. Halliday: Does the Royal College of Physicians and Surgeons belong to your association?

Ms Connors: No, they do not.

Mr. Halliday: Does the College of Family Physicians of Canada?

Ms FitzGerald: Dr. Halliday, I would suggest that we specifically have a mandate for ourselves and it is up to organizations to choose—

[Translation]

J'ai toujours pensé que nous avions besoin de professionnels des Philippines, des pays du tiers monde pour comprendre la culture et la façon de voir les choses de ces bénéficiaires des soins de santé. Il faut que nous adaptions le système à leurs besoins. Encore une fois, il s'agit d'établir un dialogue. Encore une fois, il faut non seulement voir comment maintenir les normes canadiennes, mais également comment reconnaître l'instruction et les compétences de ces gens-là.

M. Halliday: Je souhaite à nouveau la bienvenue aux témoins. Vous dites que c'est la seconde fois que vous comparez devant nous. Je trouve cela intéressant. Est-ce parce que vous avez demandé de revenir ou parce que nous vous avons demandé de le faire?

Mme Pamela FitzGerald (coordonnatrice exécutive, Coalition canadienne de la santé): Vous nous avez demandé de venir.

M. Halliday: Savez-vous pourquoi?

Mme FitzGerald: N'étant pas devin, je ne sais pas exactement pourquoi vous nous avez demandé de le faire.

M. Halliday: Je vois. Vous nous avez dit que vous étiez une organisation représentant 34 autres organismes nationaux. L'Association des infirmières autorisées du Canada en fait-elle partie?

Mme Connors: L'Association des infirmières et infirmiers du Canada n'est pas membre de la Coalition canadienne de la santé. Mais je tiens à préciser, docteur Halliday, que les membres de la Fédération nationale des syndicats d'infirmières/infirmiers sont membres de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

M. Halliday: Combien de membres y a-t-il dans votre organisation?

Mme Connors: Il y en a 26,000.

M. Halliday: Combien appartiennent-ils à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés du Canada?

Mme Connors: Je crois que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada représente environ 110,000 personnes.

M. Halliday: L'Association médicale canadienne est-elle représentée au sein de la Coalition?

Mme Connors: Non, mais le Medical Reform Group est un membre actif de. . .

M. Halliday: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada appartient-il à votre association?

Mme Connors: Non.

M. Halliday: Et le Collège des médecins de famille du Canada?

Mme FitzGerald: Docteur Halliday, nous avons notre propre mandat et il appartient aux organisations de décider. . .

[Texte]

Mr. Halliday: I am just asking you whether they belong.

Ms FitzGerald: —to belong or not.

Mr. Halliday: Yes, I realize that.

Ms Connors: In all sincerity, Dr. Halliday, I am not sure about the last group you mentioned.

Mr. Halliday: Okay. I was very interested in your comments regarding the OECD report, I think, where you mentioned that we ranked 13th in our social programs. From the study you have done, could you give us some indication as to which of those other 12 countries ahead of us have health programs we should be looking at seriously to get some new ideas from?

Ms FitzGerald: I might suggest, for example, that we should be looking into a lot of the Scandinavian countries.

Mr. Halliday: Sweden, for example?

Ms FitzGerald: Sweden.

Mr. Halliday: Perhaps I will just stop at that. It interests me a lot, because I have visited Sweden and I think they have a lot going for them. One of the things they do there is to expect their patients, when they go to see a physician, to pay part of the health care costs. They have just recently doubled the amount they expect the patients to pay. Would you support that?

Ms FitzGerald: Not at all. In fact—

Mr. Halliday: Then why do you recommend the health care system in Sweden as being exemplary?

Ms FitzGerald: They have very useful programs and they have lower rates of infant mortality and other types of health indicators.

Rather than user fees, we would suggest that quality assurance be built into our health care system. By that we mean that we would develop procedures, and physicians would play a role in developing these procedures, that would actually test out medical procedures and eliminate procedures that are not useful for the health of the Canadian people.

To give you an example, I think many of you might know that there was a report in *The Globe and Mail* at the beginning of March that talked about a study that was done in the Ottawa-Carleton area on the rate of Caesareans in Ottawa, specifically. In Ottawa it said it was over 16%, but in the province of Ontario and throughout Canada it is between 20% and 25%.

Now that study alone—and there have been many other studies to back this up—state that the rate of of Caesareans should be half that amount. It should be around the 8% range. Physicians agree with this, but it has been this in jurisdictions here in Canada in the 1970s, as well as in other parts of the world. We would suggest

[Traduction]

M. Halliday: Je vous demandais simplement si ce collègue appartient à votre organisation.

Mme FitzGerald: . . . entre l'appartenance ou non.

M. Halliday: Oui, j'ai bien compris.

Mme Connors: En toute honnêteté, docteur Halliday, je ne suis pas absolument certaine du statut de ce dernier groupe.

M. Halliday: Bien. Vos commentaires sur le rapport de l'OCDE m'ont beaucoup intéressé, en particulier lorsque vous avez dit que nous nous classions au treizième rang pour les programmes sociaux. D'après l'étude que vous avez effectuée, pourriez-vous nous dire quels sont ceux des douze autres pays dont nous pourrions vraiment nous inspirer pour nos programmes de santé?

Mme FitzGerald: A mon avis, il serait bon d'examiner sérieusement ce qui se fait en Scandinavie.

M. Halliday: En Suède, par exemple?

Mme FitzGerald: Oui, en Suède.

M. Halliday: Je m'arrêterai là. Cela m'intéresse beaucoup, car j'ai fait un voyage en Suède et j'ai été impressionné par ce qui s'y fait. Dans ce pays, lorsque les malades vont voir un médecin, ils doivent assumer une partie du coût des soins de santé. On vient récemment d'y doubler le montant à la charge des clients. Etes-vous d'accord avec cela?

Mme FitzGerald: Pas du tout. En fait. . .

M. Halliday: Pourquoi nous dites-vous alors que le régime de soins de santé suédois est exemplaire?

Mme FitzGerald: C'est un pays qui offre des programmes très utiles et où les taux de mortalité infantile sont plus faibles et les autres indicateurs de l'état de santé, supérieurs aux nôtres.

Plutôt que de facturer les utilisateurs, nous préférierions que notre régime de soins de santé comporte un contrôle de la qualité. Par cela nous voulons dire que nous élaborerions certaines procédures, opération à laquelle les médecins participeraient, qui permettraient vraiment de tester les méthodes utilisées en médecine et d'éliminer celles qui ne sont pas utiles à la santé des Canadiens.

Prenons un exemple; beaucoup d'entre vous savent peut-être que *The Globe and Mail* a publié, au début de mars, un article consacré à une étude effectuée dans la région d'Ottawa-Carleton sur le taux des césariennes à Ottawa. Il était supérieur à 16 p. 100 dans la capitale alors qu'en Ontario et dans l'ensemble du Canada, il se situait entre 20 et 25 p. 100.

Eh bien, dans cette étude—et il y en a eu beaucoup d'autres pour le confirmer—il est dit que le pourcentage des césariennes devrait être deux fois moindre. Il devrait se situer autour de 8 p. 100. Les médecins sont d'accord, mais ce sont là les pourcentages que l'on trouve au Canada dans les années 1970, ainsi que dans d'autres

[Text]

that this kind of approach should be taken to limit health care costs.

We have also found that user fees do not improve the quality of care. In fact, in Saskatchewan, where they had user fees for a three-year period, their health costs went up by approximately 13% during that three-year period. There was in fact a decrease in the quality of health care because poorer people, the elderly particularly, were unable to access that health care system because of the user fees imposed.

• 1045

What we are suggesting is that there are other models throughout the world giving specific examples and specific areas to which the Canadian health care system could look to find examples of good ways in which to change our health care system. We are not suggesting that we adopt a Swedish model *holus-bolus*, but we are suggesting that we do learn from the experiences of other people in other areas.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I am left a little confused, because I get the sense the witnesses are saying if you introduce user fees you are going to have a poorer quality of system and service, yet at the same time they tell me that in Sweden, where they have recently doubled their user fees—they have had them now for about 10 years—they say Sweden has some things we should follow, some things we should take advice from. That is confusing, because theoretically their system should be going downhill, according to your theory that if you introduce user fees you have a poorer system.

Ms FitzGerald: Dr. Halliday, I could suggest that we could learn some things from the American system too. For example, they have a very good system in the San Francisco area for dealing with the health care needs of the elderly. I could suggest we could learn from that particular system in the San Francisco area without suggesting that the American system as a whole is something we would want to emulate.

Mr. Halliday: I am just surprised that the Swedish system is deemed to be good when they have these user fees that you say should make it more expensive and therefore diminish the quality of the service.

Ms FitzGerald: They are obviously compensating in other areas for—

Mr. Halliday: Do you know where?

Ms FitzGerald: I should say that in our case we have one full-time staff person and I think it is up to the federal government to do studies in this area where they have a few more researchers than is normally available to small public interest groups.

[Translation]

régions du monde. A notre avis, c'est là le genre de démarche qui devrait être adoptée pour limiter les coûts des soins de santé.

Nous avons également constaté que la prise en charge des frais par les utilisateurs n'améliore pas la qualité des soins. En fait, en Saskatchewan, où on a utilisé cette méthode pendant trois ans, les coûts des soins de santé ont augmenté d'environ 13 p. 100. On a, en fait, constaté une diminution de la qualité des soins de santé parce que les pauvres, en particulier les personnes du troisième âge, n'étaient pas en mesure de se prévaloir de ces soins à cause de l'obligation qui leur était faite de participer aux frais.

Ce que nous voulons dire c'est qu'il existe d'autres modèles, dans le monde entier, qui offrent des exemples précis de méthodes dont on pourrait s'inspirer pour modifier le régime canadien de soins de santé. Nous ne voulons pas dire par là qu'il faudrait adopter en bloc un modèle suédois, mais qu'il y a quelque chose à apprendre de l'expérience des autres dans d'autres domaines.

M. Halliday: Monsieur le président, je me sens un perdu, car j'ai l'impression que les témoins sont en train de nous dire que si nous adoptons le principe de la participation aux frais, nous allons nous retrouver avec un régime et un service de plus mauvaise qualité, alors qu'ils nous disent en même temps qu'en Suède, où l'on vient de doubler ces frais de participation... ceux-ci existent depuis environ dix ans... il y a certain nombre de choses que nous devrions éviter. J'ai du mal à m'y retrouver car, en théorie, leur système devrait périlcliter puisque vous nous dites que lorsque l'on impose des frais de participation, il y a une diminution de la qualité.

Mme FitzGerald: M. Halliday, je dirais qu'il y a un certain nombre de choses que nous pourrions également apprendre de ces régimes américains. Par exemple, dans la région de San Francisco, les méthodes utilisées pour répondre aux besoins des personnes du troisième âge dans le domaine de la santé, sont excellentes. Nous pourrions en tirer profit, ce qui ne veut pas dire que nous voudrions nécessairement copier l'ensemble du régime américain.

M. Halliday: Ce qui me surprend, c'est que vous disiez que le système suédois est bon alors que les frais de participation le rend plus coûteux et devraient réduire la qualité du service.

Mme FitzGerald: Il y a diverses compensations dans d'autres domaines...

M. Halliday: Savez-vous dans lesquels?

Mme FitzGerald: En ce qui nous concerne, nous n'avons aucun employé à plein temps et j'estime qu'il appartient au gouvernement fédéral de faire des études dans ce domaine puisqu'il dispose certainement d'un peu plus de chercheurs que les petits groupes de défense des intérêts du public.

[Texte]

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

Ms Connors: If I can just further comment to Dr. Halliday, and I am glad that Pam raised the issue, because there are many good points in several health care systems that countries have, and I think Canadians should be quite innovative in picking the best from several systems and integrating them into further improving what I think is quite a good system but one that needs some improvement. Having recently been to Washington to speak to a group of nurses there, one thing I would recommend that you do not do is look at adopting any sort of American model certainly, because the horror stories that come from nurses' minds there of their system are very, very serious reasons that we defend and improve our existing system.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Dr. Halliday. Before moving on, Dr. Wilbee, do you have a question?

Mr. Wilbee: Just one comment or question. You talked about gatekeepers. We have heard this quite a bit before and I wonder if you could just amplify what you have in mind. To me, the gatekeeper is probably the most strategic person because you can waste an awful lot of money sending people down the wrong trail, if they come in with a sore shoulder and are treated with physiotherapy or by chiropractors or whatever and they turn out to have a metastasis of the prostate or something. To me the gatekeeper is strategic, but what do you visualize when you talk about gatekeepers?

Ms Connors: As a health care provider, the role that I see is one not of anyone having the predominant role. Each member of the health care delivery team brings certain knowledge and skills and information base with them. I agree with you. My knowledge and understanding of effective and functioning community health centres is that the practitioners in those settings determine who is most appropriate to deal. So using the knowledge base and seeing, I firmly believe that nobody is anxious—certainly nurses are not anxious—to be the dominant one in the system. But we have a more important role to play than we traditionally had, and I think that there are ways of dealing with that.

Certainly from the health coalition's perspective, there is support for that community health centre, storefront-type mode of delivery. The physicians have an important role to play, and certainly their diagnostic skills are recognized. I think within community health centres people develop the team approach of dealing with individual patients and clients, and they know who to appropriately refer.

[Traduction]

M. Halliday: Merci, Monsieur le président.

Mme Connors: Si vous me permettez d'ajouter un mot à ce qu'a dit M. Halliday, et je suis d'ailleurs heureuse que Pam ait soulevé la question, car il existe un certain nombre de régimes de soins de santé étrangers présentant certains avantages, je crois que ce serait une bonne idée que les Canadiens empruntent ce qu'il y a de mieux dans ces régimes et les intègrent à notre système qui est déjà bon mais qui a besoin de quelques améliorations. Je suis récemment allée à Washington pour faire une conférence devant un groupe d'infirmières et il y a une chose que je ne vous recommanderais certainement pas, c'est d'adopter un modèle américain, quel qu'il soit, car les infirmières m'ont raconté un certain nombre d'histoires épouvantables sur leur système qui m'incite à penser qu'il est tout à fait justifié de défendre et d'améliorer le nôtre.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, M. Halliday. Avant de continuer, avez-vous une question à poser, M. Wilbee?

M. Wilbee: Une petite remarque. Vous avez parlé de contrôleurs et de protecteurs. C'est une question dont nous avons déjà beaucoup entendu parler et j'aimerais que vous précisiez vos idées là-dessus. Pour moi, le contrôleur est probablement la personne qui présente le plus d'importance stratégique car on peut gaspiller énormément d'argent en aiguillant les gens dans la mauvaise direction comme c'est le cas, lorsque vous avez des gens qui ont mal à l'épaule et qui sont traités par des physiothérapeutes ou des chiropracteurs alors qu'ils s'agit d'une métastase de la prostate, par exemple. Pour moi, ce contrôleur joue un rôle stratégique, mais comment le concevez-vous exactement?

Mme Connors: Moi qui fournis des soins de santé, je considère que personne ne joue un rôle prédominant. Chaque membre de l'équipe de prestation de soins de santé apporte certaines connaissances et compétences avec lui. Je suis d'accord avec vous. D'après ce que je sais des centres de soins communautaires compétents, ce sont les praticiens qui décident de la personne la mieux qualifiée pour traiter ce problème. Je suis donc fermement convaincue que personne n'est particulièrement soucieux... les infirmières ne le sont en tout cas... de jouer un rôle dominant dans le système. Nous avons cependant aujourd'hui un rôle plus important à jouer qu'auparavant, et je pense qu'il y a des moyens de faire face à une telle situation.

Notre coalition est très favorable à l'existence de centres de soins communautaires, au niveau du quartier. Les médecins ont un rôle important à jouer et leurs capacités de diagnostic sont appréciées. Je crois que les centres de soins communautaires travaillent en équipe et savent bien aiguiller leurs malades et leurs clients.

[Text]

[Translation]

• 1050

There are not these turf wars—this is my area and thou shalt not cross—as groups get working together. I think physiotherapists, nutritionists, physicians, nurses, massage therapists can all very effectively integrate their skills and deliver a much more effective and humane kind of health care than we have seen in some instances in this country.

M. Ferland: J'aimerais savoir si la Coalition serait prête à recommander une plus large ouverture à l'intégration des immigrants ayant les compétences d'infirmier ou d'infirmière. Est-ce que la Coalition recommande qu'il y ait un peu plus de souplesse? Présentement, on exige qu'un immigrant ou une immigrante refasse au Canada son cours d'infirmier ou d'infirmière, comme si on n'était pas capable d'enseigner cela dans les écoles ou comme si la médecine n'existait pas en Asie ou ailleurs. Quand on arrive au Canada, on doit recommencer avec «une médecine tout à fait nouvelle». La Coalition serait-elle prête à recommander une plus grande ouverture? Est-ce qu'elle va faire des démarches auprès de ses membres pour qu'eux aussi appuient cette vision?

Ms Connors: In response to that, certainly the coalition has never developed a formal position on the issue of out of country providers of health care, other than to recognize that there are roles for these groups to play. I think flexibility in meeting these standards is really, really important. This is personal and comes from experience in working in a remote northern area where it was difficult to attract medical practitioners and nurses.

I will go again to the nursing example. I worked for many years with a large number of Philippine nurses who performed beautifully in their position, but one of the requirements for registration was the ability to pass English as a second language. They struggled to make the transfer from their own mother tongue to the English language, but they were able to. Then the types of exams Philippine nurses wrote in their own country to qualify as nurses were very, very different from the Canadian national exams they had to write. About one-half of the nurses I worked with were not able to pass those exams, but in the reality of the workplace they functioned on a par with us. So things like challenging exams, looking at their ability to work, interpret orders and treatment, and set priorities was never taken into consideration. They had to meet the paper skills.

I think that is similar to physicians, because certainly many of the physicians with whom I practised were not Canadian educated. I believe 3 out of 20 were Canadian practitioners, and they had to go through that same sort of struggle. It was very, very difficult and demeaning for them to do this. Previously I mentioned the need for the

Il ne s'agit pas là d'affrontements territoriaux—ici, c'est mon secteur; pas question d'y mettre les pieds—et les groupes apprennent à travailler de concert. A mon avis, les physiothérapeutes, les diététiciens de la nutrition, les médecins, les infirmières et infirmiers, les masseurs sont tous capables d'intégrer efficacement leurs compétences et assurer des soins de santé beaucoup plus efficaces et humains que ce que l'on a pu voir dans certains cas dans notre pays.

Mr. Ferland: I would like to know whether the Coalition would be willing to recommend a larger integration of immigrants who have nursing qualifications. Does the Coalition recommend a little more flexibility? Currently, an immigrant must repeat a complete course in nursing, as if they were unable to teach it in Asia or elsewhere or if medicine did not exist in these countries. When people arrive in Canada, they must start from scratch again in medicine. Would the coalition be prepared to recommend a more open attitude? Will it make representations to its members so that they support this interpretation?

Mme Connors: La coalition n'a jamais adopté de position officielle sur la question des prestataires étrangers de soins de santé; tout ce qu'elle a fait c'est reconnaître que ces groupes de personnes ont, aussi, un rôle à jouer. Je crois qu'il est vraiment très important de faire preuve d'une certaine souplesse dans ce domaine. Il s'agit là d'une opinion personnelle, fondée sur mon expérience professionnelle dans une région septentrionale éloignée où il était difficile d'attirer des médecins et des infirmières.

Permettez-moi de prendre une nouvelle fois l'exemple des infirmières. Pendant de nombreuses années, j'ai travaillé avec un grand nombre d'infirmières philippines qui faisaient un excellent travail mais qui, pour être agréées, devaient être capables de passer un examen d'anglais langue seconde. Elles avaient des difficultés à passer de leur langue natale à l'anglais, mais y parvenaient finalement. D'autre part, les examens qu'elles avaient passés aux Philippines pour devenir infirmières étaient tout à fait différents des examens nationaux au Canada. La moitié environ de celles avec qui j'ai travaillé avaient échoué à ces examens, mais sur le plan pratique, elles nous valaient bien. On n'avait donc jamais songé à mettre en question les examens qu'on leur imposait, ni à examiner leur capacité de travailler, d'interpréter des instructions et d'assurer des traitements, ni de fixer des priorités. Ce qu'on exigeait d'elles, c'était de passer des examens écrits.

Je crois que cette situation est analogue à celle des médecins, car beaucoup de ceux avec qui j'ai travaillé n'avaient pas fait leurs études au Canada. Je crois qu'il y en avait trois sur 20 qui étaient des praticiens canadiens, et ces gens-là avaient dû affronter le même genre de difficultés. Cela avait été pour eux une expérience

[Texte]

governments, federal and provincial, to dialogue with the College of Physicians and Surgeons and with the Canadian Nurses Association, who set the national examination standards for nurses and for the other health care professional groups where the licensing bodies determine the standards that have to be met in order to qualify. That dialogue must continue.

• 1055

M. Ferland: Pour ma part, je crois qu'une appendicite est une appendicite, qu'elle soit traitée par un Vietnamiens, un Tchecoslovaque ou un Canadien. S'ils sont capables de soigner dans leurs pays, je ne vois pas pourquoi ils ne seraient pas capables de le faire lorsqu'ils arrivent au Canada. Notre appendicite est sûrement semblable à celle des gens de là-bas.

Mais vous n'avez pas répondu à ma question. Est-ce que la Coalition va demander aux différentes associations corporatives, d'infirmiers, d'infirmières ou de médecins, d'essayer de faire subir des examens à ces gens? On me dit que ces examens seraient extrêmement sévères, et que si on demandait à certains de nos infirmiers ou infirmières de les subir, la plupart couleraient. Est-ce que ma vision est juste? Est-ce que mes renseignements sont justes ou non?

Ms Connors: In reply to that, the coalition certainly can discuss this further. As I say, to date we have not taken a position on the issue specifically and, therefore, I hesitate to say that yes, we will. Because of the broad nature of a coalition it would have to be discussed and debated.

I think that it is important to make the point with respect to physicians that really they are much like nurses. The whole issue of whether there is a shortage of physicians or not is a question. . . I believe there are several studies that indicate that in fact there is not a shortage of physicians in this country; it is a shortage of physicians in certain areas of practice. And we have talked about that. It seems interesting that many of our Canadian physicians are reluctant to move to the remote or the rural communities to deal with some of the different realities of practice in those areas as compared to maintaining an overabundance in the urban setting with access to all the high-cost, high-tech services.

So in fact places like rural Canada and remote Canada are having to go to other countries and recruit physicians who are looking to come to a country that has a recognized health care system, and are dealing with all the realities of having them integrated into the Canadian standards for medical and health care practice. Those are some of the realities of the dilemmas that exist currently in health care.

The Chairman: Thank you very much. On behalf of the committee I extend to both of you our thanks for appearing before us this morning and providing us with

[Traduction]

extrêmement difficile et humiliante. J'ai parlé tout à l'heure de la nécessité d'un dialogue entre les gouvernements fédéral et provinciaux et le Collège des médecins et des chirurgiens ainsi que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui établissent les normes nationales des examens pour les infirmières et pour les autres groupes professionnels des soins de santé. Ce dialogue doit se poursuivre.

Mr. Ferland: As far as I am concerned, an appendicitis is an appendicitis, whether it is treated by a Vietnamese, a Czech or a Canadian. If they are capable of providing health care in their country, I don't see why they could not do the same when they arrive in Canada. Our appendix stands a good chance of being similar to theirs.

But you did not answer my question. Will the Coalition ask the various corporate associations of nurses or physicians to try and have these people take these exams? They tell me that these exams are extremely demanding and that most of our nurses would fail them. Is that right? Is my information correct?

Mme Connors: Je vous répondrai que la coalition est certainement prête à examiner plus à fond la question. Comme je viens de le dire, nous n'avons pas encore pris de position officielle là-dessus et j'hésite donc à vous dire que c'est ce que nous allons faire. Du fait de la diversité des membres qui appartiennent à notre organisation, cela devra faire l'objet d'un débat.

Je crois qu'il est important de souligner le fait que les médecins ont beaucoup de points communs avec les infirmières. La question de savoir s'il existe une pénurie de médecins est une question qui. . . D'après plusieurs études, cette pénurie n'existe pas dans notre pays; ils ne sont tout simplement pas assez nombreux dans certaines régions. Et nous en avons d'ailleurs déjà parlé. Il est assez intéressant de voir que beaucoup de nos médecins canadiens ne sont pas disposés à aller s'installer dans les régions éloignées ou dans les zones rurales afin de pratiquer une médecine en fait tout à fait différente au lieu de se concentrer dans les zones urbaines et avoir accès à tous les services coûteux de pointe.

Dans la pratique, les zones rurales et les régions éloignées de notre pays sont obligées d'aller recruter à l'étranger des médecins qui désirent immigrer dans un pays disposant d'un régime de soins de santé reconnu, et ce sont ces régions qui doivent assurer leur intégration en fonction des normes canadiennes de pratique de la médecine et des soins de santé. Voilà quelques-uns des dilemmes existant actuellement dans ce domaine.

Le président: Merci beaucoup. Au nom de ce comité, je vous remercie toutes les deux d'avoir bien voulu comparaître devant nous et d'avoir présenté un

[Text]

testimony that we will certainly take into consideration when this committee is developing the report that we will be presenting to the House. As I have mentioned to the group that appeared before you, if at any future time you feel there is additional information that may be of benefit to this committee I would certainly appreciate you providing that to us.

Ms Connors: Mr. Chairman, when is the committee looking at completing its hearings and preparing its report? Certainly it would be very useful for us to know what kinds of time constraints we are looking at, and when we can look forward to receiving the findings of the committee.

• 1100

The Chairman: We have not put a specific deadline. We were hoping, and it is looking less likely, that we would have an interim report by the time the House rises in June. I assume it will be this fall some time.

We have quite a number of groups to hear from. We will also have to meet with officials relating to the estimates, which is going to take some time away from the committee. I doubt that it would be before November, and this is a guesstimate as well, because we have not tried to exclude groups. We sent out a broad range of notices to organizations that we felt would be able to provide information, and we are not going to exclude organizations we feel we can benefit from.

So I am sorry I cannot give you a definitive answer, but that is the ballpark guess at this time.

Ms Connors: Thank you.

The Chairman: Thank you very much.

The meeting is adjourned.

[Translation]

témoignage dont ce comité tiendra certainement compte lorsqu'il rédigera son rapport à la Chambre des communes. Comme je l'ai dit au groupe qui vous a précédé, si vous estimez avoir d'autres renseignements qui pourraient être utiles à ce comité, je serais heureux que vous nous les fournissiez.

Mme Connors: Monsieur le président, quand le comité envisage-t-il de terminer ses audiences et de préparer son rapport? Il nous serait certainement très utile de connaître votre calendrier et de savoir quand nous pouvons espérer recevoir vos conclusions.

Le président: Nous n'avons pas de date limite précise. Nous espérons, mais cela paraît moins probable, présenter un rapport provisoire avant que la Chambre n'ajourne en juin. Je pense donc que cela se fera peut-être cet automne.

Nous avons encore un nombre assez important de groupes à entendre. Il faudra également que nous rencontrions les fonctionnaires afin de discuter du budget des dépenses, ce qui soustraira le comité à son étude pendant un certain temps. Je doute que cela se fasse avant novembre, mais c'est une pure supposition de ma part, car nous n'avons pas essayé d'exclure de groupes. Nous avons envoyé des avis à un grand nombre d'organisations qui nous paraissaient capables de nous fournir des renseignements, et il n'est pas question pour nous d'exclure des organisations qui ont des choses à nous apprendre.

Je regrette donc de ne pas pouvoir vous donner de réponse plus précise, mais, en gros, c'est vers cette époque que nous le ferons.

Mme Connors: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 9:00 a.m.:

From the Canadian Advisory Council on the Status of Women:

Glenda P. Simms, President;

Eliane Silverman, Director of Research.

At 10:00 a.m.:

From the Canadian Health Coalition:

Kathleen Connors, Vice-Chairperson, President of the
National Federation of Nurses Unions;

Pamela FitzGerald, Executive Coordinator.

TÉMOINS

À 9 h 00:

Du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme:

Glenda P. Simms, présidente;

Eliane Silverman, directrice de la recherche.

À 10 h 00:

De la Coalition canadienne de la santé:

Kathleen Connors, vice-présidente et présidente de la
Fédération nationale des syndicats d'infirmières et
d'infirmiers;

Pamela FitzGerald, coordonnatrice exécutive.

28
39

HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 23

Fascicule n° 23

Tuesday, April 3, 1990

Le mardi 3 avril 1990

Chairman: Bob Porter

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, APRIL 3, 1990

(29)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:26 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Mary Clancy, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter and Nicole Roy-Arcelin.

Acting Members present: Beth Phinney for Albina Guarnieri; Pat Sobeski for Brian White; Greg Thompson for Stan Wilbee.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: As individual: André-Pierre Contandriopoulos, *Groupe de recherche interdisciplinaire en santé*, University of Montreal. *From the Consumers' Association of Canada:* Jean Jones, Chairperson of the Health Council; Rachel Dalzell, Member of the Board of Directors and of the Health Council.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

André-Pierre Contandriopoulos made a statement and answered questions.

At 10:24 o'clock a.m., the representatives from the Consumers' Association of Canada appeared before the Committee. Jean Jones and Rachel Dalzell made statements and answered questions.

At 11:11 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

*Clerk of the Committee***PROCÈS-VERBAL**

LE MARDI 3 AVRIL 1990

(29)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 26, dans la pièce 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Mary Clancy, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter et Nicole Roy-Arcelin.

Membres suppléants présents: Beth Phinney remplace Albina Guarnieri; Pat Sobeski remplace Brian White; Greg Thompson remplace Stan Wilbee.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: A titre individuel: André-Pierre Contandriopoulos, *Groupe interdisciplinaire en santé*, Université de Montréal. *De l'Association des consommateurs du Canada:* Jean Jones, présidente du Conseil de la santé; Rachel Dalzell, membre du Conseil d'administration et du Conseil de la santé.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

André-Pierre Contandriopoulos fait un exposé et répond aux questions.

A 10 h 24, les témoins de l'Association des consommateurs du Canada comparaissent. Jean Jones et Rachel Dalzell font des exposés et répondent aux questions.

À 11 h 11, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, April 3, 1990

• 0926

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum and pursuant to Standing Order 108(2), the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

We are pleased this morning to welcome Mr. André-Pierre Contandriopoulos from the Interdisciplinary Research Group on Health, the University of Montreal. We look forward and welcome you, sir, to our meeting this morning and thank you for providing testimony to the committee.

As you are aware, we have been hearing witnesses for the past several months relating to the major study that the health care committee is considering on health care in Canada. We do look forward to your testimony this morning and ask that you would provide an update, following which we will provide a round of questioning from the members who are here this morning. Please proceed, sir.

M. André-Pierre Contandriopoulos (directeur du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé et professeur titulaire au Département d'administration de la santé, Université de Montréal): Monsieur le président, merci de cette invitation.

Tout d'abord, pour me présenter rapidement, je ne représente pas un groupe d'intérêt quelconque. Je suis professeur à l'Université de Montréal. Je travaille dans le domaine de la santé et de l'analyse du système de santé depuis une quinzaine d'années. Je dirige un groupe de recherche dont les principales fonctions sont de comprendre le système de santé. Je suis aussi membre de l'Institut canadien de recherches avancées qui s'interroge, entre autres, sur les déterminants de la santé. C'est un peu à travers cette expérience que je vais vous présenter aujourd'hui un certain nombre de problèmes et d'enjeux pour le système de santé canadien.

J'ai intitulé le texte de ma présentation: *Accessibilité, universalité, qualité des services de santé: L'univers s'assombrit*. Vous avez sous les yeux un ensemble de tableaux qui va constituer la trame de ma présentation. Je vais essayer de m'en tenir à une dizaine de minutes de présentation, ce qui ne me permettra pas de passer à travers l'ensemble de la documentation, mais lors des questions, nous pourrions revenir à un point ou à un autre.

Quand on analyse le système de santé canadien ainsi que celui des différentes provinces, on est frappé par une espèce de double message, de double observation.

La première observation est celle qui apparaît quand on compare le Canada et d'autres pays développés, en particulier les pays de l'OCDE. Dans ces comparaisons, on est frappé de constater que le Canada est arrivé à contrôler les coûts de son système de santé mieux que les autres pays. On est frappé aussi de constater que l'état de santé de la population canadienne est bon et même meilleur que celui des habitants d'autres pays.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 3 avril 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte. Comme le quorum est atteint, nous allons reprendre notre étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement, en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement.

Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin M. André-Pierre Contandriopoulos du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Nous vous souhaitons la bienvenue, M. Contandriopoulos, et vous remercions d'avoir accepté de témoigner devant le comité.

Comme vous le savez sans doute, il y a déjà plusieurs mois que nous entendons des témoignages aux fins de notre étude exhaustive sur le régime de soins de santé au Canada et nous attendons vos commentaires avec impatience. Je vous demanderais de nous faire un résumé de votre mémoire, après quoi les membres du Comité ici présents vous poseront des questions. La parole est à vous.

Mr. André-Pierre Contandriopoulos (Director, Interdisciplinary Health Research Group, and Full Professor, Health Administration Department, Université de Montréal): Thank you, Mr. Chairman, and thank you for inviting me here today.

Let me start by quickly introducing myself. I do not represent any particular interest group; I am a professor at the Université de Montréal and have been working in the field of health and health care system analysis for about 15 years. I head a research group whose main task is to analyse the health care system. I am also a member of the Canadian Institute for Advanced Research, whose fields of research include health determinants. It is from that standpoint that I come here to talk to you about some of the problems and challenges facing Canada's health care system.

The text of my presentation is entitled *Accessibilité, universalité, qualité des services de santé: l'univers s'assombrit* [Accessibility, Universality and Quality of Health Care Services: Doom and Gloom]. It contains a series of figures which constitute the framework of my presentation. I will try to keep my talk down to about 10 minutes, which will not allow me to go through the entire document, but we can come back to one part or another during the question period.

In looking at the Canadian and provincial health care systems, one is struck by two things or observations.

The first appears when we compare Canada to other developed countries and particularly the OECD countries. Surprisingly, Canada has managed to control its health care costs better than any of the other countries. We are also struck by the fact that Canadians are generally in as good health as people in other countries or better.

[Texte]

En même temps, on a l'impression que notre système est à bout de souffle et ne peut plus continuer comme par le passé. Dans toutes les provinces, des groupes de travail ou des commissions royales d'enquête ont été créés pour trouver des solutions à un devenir qui était de plus en plus difficile à imaginer sans changer des règles du jeu.

Dans la première partie de ma présentation, je montrerai un certain nombre de données qui appuient ces deux éléments. Par la suite, je vais essayer de vous montrer quelles sont, selon moi, des pistes de solutions qui pourraient s'ouvrir. Entre autres, il faut s'interroger sur le rôle que le gouvernement fédéral peut jouer dans ces pistes de solutions.

• 0930

Si vous le voulez bien, je vais regarder avec vous rapidement un certain nombre de tableaux qui sont bien connus et que j'aimerais reprendre rapidement.

Le tableau 1 est bien classique. C'est celui qui met en relation les dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut de différents pays de 1960 à 1986. Je pense que vous avez vu ce tableau à plusieurs reprises. Il nous montre que le Canada se situait, en 1960, comme les États-Unis, parmi les pays qui dépensaient relativement beaucoup pour la santé. À partir des années 70, le rythme des dépenses au Canada s'est ralenti, alors que le rythme des dépenses aux États-Unis, entre autres, a continué d'augmenter.

Ce tableau est intéressant, mais il est problématique en ce sens que la croissance économique des différents pays est variable. C'est la raison pour laquelle il me semble plus utile de travailler avec le tableau 2. Le tableau 2 reprend les mêmes genres de données, mais représente les dépenses de santé *per capita* ajustées pour tenir compte de l'inflation, du pouvoir d'achat et de la croissance économique des différents pays considérés. On observe que, de 1960 à 1986, les dépenses de santé *per capita* dans les pays développés ont suivi des rythmes très variables. En 1960, les pays étaient relativement concentrés les uns autour des autres; en 1986, les pays ont des profils très différents.

On constate, par exemple, que les États-Unis sont nettement au-dessus de tout le monde avec un rythme de croissance très important. On constate que le Canada et le Québec ont des profils parallèles et qu'à partir de 1970-1972, les dépenses *per capita* sont restées à toutes fins pratiques constantes, une fois ajustées à la croissance des prix et aux gains de productivité de l'économie. Donc, de 1972 à aujourd'hui, il n'y a pas eu augmentation de la dépense réelle *per capita* au Canada. On constate, et c'est important, qu'un pays comme le Japon dépense peu pour ses services de santé par rapport à tous les autres.

Donc, de ces deux tableaux qui sont bien connus, on tire une idée: le Canada et ses différentes provinces sont arrivés, à partir du moment où a été établi le régime public et universel d'assurance-maladie, à contrôler les coûts de leur système de santé.

On peut se demander, et je vous convie à regarder les tableaux 4 et 5, quelle a été, parallèlement, l'évolution de l'état de santé de la population canadienne. Vous avez, aux tableaux 4 et 5, l'évolution de l'espérance de vie des femmes et de celle des hommes.

[Traduction]

At the same time, however, we get the feeling that our health care system is running out of steam and can no longer continue as it has in the past. In all provinces, task forces or royal commissions have been set up to find solutions to a future that is getting harder and harder to imagine without changing the rules of the game.

In the first part of my presentation, I will be giving you data to support those two observations. Then, I will try to show what I consider to be some potential solutions. Consideration must also be given to the role the federal government can play in developing those solutions.

If I may, I would like to quickly go through some of the more commonly used figures contained in my brief.

Figure 1 is a classic example of the type of graph used to show the relationship between health care costs and gross domestic product in various countries between 1960 and 1986. You have probably seen this type of graph many times. In 1960, Canada and the United States were spending quite a large part of their GDP on health care. In the 70's, spending slowed down in Canada, but continued to grow in the U.S. and other countries.

Although this graph is interesting, it does not take into account economic growth, which varies from country to country. That is why I find Figure 2 to be more useful. Figure 2 uses the same kind of data, but shows health care expenditures per capita for each country with adjustments for inflation, buying power and economic growth. The graph shows that between 1960 and 1986, growth in per-capita health care expenditures has varied widely from one developed country to another. In 1960, the various countries were grouped together, whereas in 1986, their profiles vary widely.

We can see, for example, that the United States clearly spends more than all the others, with spending increasing at a much faster rate. Canada and Quebec have similar profiles and their per-capita expenditures have remained almost constant after adjustments for price increases and economic growth. What this means is that, from 1972 on, there has been no real increase in per-capita expenditures in Canada. What is important to note, however, is that Japan spends relatively little on health care in comparison to the other countries.

These two commonly used tables lead us to the following conclusion: Canada and the provinces have managed to keep the cost of health care under control ever since the universal health care system was introduced.

At the same time, one may wonder whether the health of Canadians improved during the same period. I draw your attention to Figures 4 and 5 showing life expectancy for men and women. Let's start with Figure 4.

[Text]

Considérons l'espérance de vie des femmes. Nous constatons que le Canada s'est toujours bien placé en termes d'espérance de vie et que, dans les années 1984 et 1985, il est en deuxième position. Mais ce qui est étonnant, c'est le Japon. Vous constatez qu'en 1960, le Japon avait une espérance de vie qui était très inférieure à toutes les espérances de vie des pays développés. On peut constater qu'en 1986, le Japon est nettement au-dessus de tous les autres pays développés à cet égard. C'est vrai pour les femmes. Vous voyez que la courbe du Japon s'élève beaucoup rapidement que les autres courbes.

Au tableau 5, le phénomène est encore plus saisissant. Alors que l'espérance de vie des hommes est restée à peu près la même dans tous les pays développés et que celle du Canada fait très bonne figure par rapport à celles des autres pays, on constate que l'espérance de vie des Japonais est extraordinairement meilleure que celle des habitants des autres pays et a connu un taux de croissance remarquable depuis la fin de la guerre.

• 0935

Cela pose une question. La différence que vous observez entre l'espérance de vie moyenne des Japonais par rapport à l'espérance de vie moyenne des Canadiens qui, par rapport aux autres, est excellente, correspond à l'élimination de toute la mortalité due au cancer et d'une grosse partie de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires. Donc, ce gain de santé qui a été obtenu au Japon est absolument énorme.

Cette observation-là va nous poser des questions. Vous vous souvenez que les Japonais ont un système de santé qui leur coûte environ 30 p. 100 de moins *per capita* que ce que le système coûte au Canada, et beaucoup, beaucoup moins que ce que le système coûte aux États-Unis. Il faut garder ces données en tête pour se dire à un moment donné: Est-ce qu'il y aurait autre chose à faire, d'autres investissements à faire, dans les sociétés développées comme celle du Canada, pour améliorer la santé des populations?

Je vais sauter toute la section 1.3 qui était une proposition d'analyse de la situation comparative du Canada, de celle des États-Unis et de celle de la moyenne des pays de l'OCDE. On pourra y revenir dans la discussion. Ces tableaux, qui vont jusqu'au tableau 12, sont une analyse qui a été faite pour comparer l'évolution de la performance du système de santé canadien par rapport à celles des autres pays. La conclusion, c'est que le rapport entre les gains de santé et les coûts du système de santé canadien a évolué d'une meilleure façon que dans la plupart des pays développés, entre autres d'une bien meilleure façon qu'aux États-Unis. On pourra y revenir.

Premièrement, on observe que les dépenses de santé du Canada sont relativement élevées, mais ont été contrôlées à partir des années 1970-1975 jusqu'à aujourd'hui. On constate en même temps que l'espérance de vie des Canadiens est élevée par rapport à celles des autres pays, mais qu'il y a d'autres pays qui, bien qu'ayant des systèmes de santé beaucoup moins développés que le nôtre, ont connu des gains d'espérance de vie et de santé meilleurs.

Troisièmement, par rapport aux autres, l'évolution de la performance, c'est-à-dire le ratio résultats:investissements, a été au Canada meilleur que dans bien d'autres pays, et entre autres bien meilleur qu'aux États-Unis. Malgré ce résultat

[Translation]

We can see that life expectancy for women has always been high in Canada, achieving second place in 1984 and 1985. The most surprising country, however, is Japan. In 1960, the life expectancy for Japanese women was much lower than for women in other developed countries. In 1986, however, Japan clearly surpassed all other developed countries in that regard. As you can see, the curve for Japan rises much more sharply than the others.

This phenomenon shows up even more clearly in Figure 5. Whereas life expectancy for men has risen at about the same rate in all developed countries, with Canada in the lead, you can see that life expectancy for Japanese men is a great deal higher than in any other country, rising sharply since the end of World War II.

That raises a question. The change you see in average life expectancy in Japan as compared to average life expectancy in Canada, which is excellent in comparison to the rest, comes from the elimination of all deaths due to cancer and a major reduction in deaths due to cardio-vascular disease. This accounts for the spectacular improvement in the health of the Japanese.

That observation raises further questions. You will remember that the Japanese spend about 30% less per capita on health care than Canada and a great deal less than the United States. With this in mind, one wonders what more can be done, what investments are needed in developed countries such as Canada to improve the health of their citizens?

I shall skip over Section 1.3, which is a comparative analysis of the situation in Canada, the United States and the OECD countries as a whole. We can come back to this section during the questions. The figures in this section, which go up to Figure 12, compare changes in the performance of the Canadian system with changes in the performances of the other countries. The conclusions drawn from this analysis is that Canada has performed better in terms of the relationship between improvements in overall health and health care costs than most of the other developed countries and much better than the United States. We can come back to that point later.

First, you will note that health care expenditures in Canada are relatively high, although they have been under control since 1970-75. Second, average life expectancy in Canada is higher than in the other countries studied, but that there are countries with better performances in terms of average life expectancy and overall health even though their health care systems are much less sophisticated than ours.

Third, Canada's performance has improved more than all other countries' in terms of cost/benefit and much more than the United States'. Despite our rather brilliant performance, each of the provinces are experiencing a wide range of

[Texte]

qu'on peut qualifier d'assez remarquable, on retrouve toute une série de problèmes dans toutes les provinces. Ces problèmes ont été à l'origine, dans toutes les provinces, de toute une série de groupes de travail et de commissions d'enquête. Au Québec, il y a eu la Commission Rochon; en Alberta, il y a une commission qui vient de déposer son rapport; en Ontario, il y a la Commission Evans; en Colombie-Britannique, une commission vient d'être mise sur pied. Donc, il y a une série de commissions d'enquête qui, toutes, ont comme point d'articulation le fait qu'on est arrivé à contrôler les dépenses de santé durant les années 70, mais avec une difficulté de plus en plus grande, et que ces difficultés-là entraînent toute une série de dysfonctions dans la le système de santé et qu'on ne peut plus continuer comme par le passé.

Dans les tableaux qui suivent, les tableaux 15 à 23, il y a un certain nombre de chiffres qui nous montrent les façons que le système de santé canadien a utilisées pour contrôler ses coûts.

Avant de les aborder, j'aimerais prendre deux minutes pour parler du tableau 16, qui me semble une façon intéressante de résumer la situation que je viens de décrire. Le tableau 16 nous montre le système de soins, au milieu. Le système de soins peut être vu comme étant un système tirailé d'une part par des forces expansionnistes que tout le monde a dû vous décrire: il s'agit de l'évolution de la mortalité, de la morbidité, du vieillissement de la population; il s'agit encore plus, et plus puissamment, du développement technologique, du développement de la médicalisation dans nos sociétés; il s'agit aussi de l'élargissement de ce qu'on peut appeler les exigences éthiques de la société, c'est-à-dire le fait qu'on ne peut pas ne pas faire un certain nombre d'interventions auprès des populations qui pourraient en bénéficier. Toutes ces forces, de façon synergique, intégrée, tirent le système vers une croissance toujours plus grande. Cela, c'est l'accélérateur: on a un pied sur l'accélérateur.

• 0940

En même temps, on met un pied très fort sur le frein en rationnant les ressources humaines et physiques, en mettant les budgets globaux dans les hôpitaux, en mettant des mécanismes de contrôle des coûts des services médicaux, en établissant des mécanismes de contrôle du financement très puissants, en faisant en sorte que le gouvernement fédéral réduise sa contribution aux provinces pour le développement de systèmes de santé; il y a aussi une éthique professionnelle qui est présente.

Ces forces-là tirent le système dans deux directions, et il n'y a aucune espèce de raison manifeste qui fait en sorte que les incitatifs associés à ces forces-là nous amènent à améliorer la santé des populations. Il est important de garder cela en tête. Autrement dit, on freine et on accélère à la fois, mais on n'est pas trop sûr que quelqu'un tient le volant pour qu'on sache où on se dirige.

Tenir le volant pour savoir où on se dirige, c'est accepter de repenser ce que l'on sait sur les déterminants de la santé. Il est absolument clair que ce que l'on sait aujourd'hui sur les facteurs qui influencent la santé des populations, est très

[Traduction]

problems which led to the creation of various task forces and boards of inquiry. In Quebec, we have had the Rochon Commission; a commission in Alberta has just tabled its report; Ontario has the Evans Commission and British Columbia has just set up its own commission. All of these commissions have the same common denominator, in that they have been set up to study why, when we have managed to keep health care costs under control since 1970, it has been increasingly difficult to do so, with the result that the health care system is now riddled with problems and can no longer be maintained in its current form.

The figures that follow, namely Figures 15 to 23, contain data showing the various cost control methods used by the Canadian health care system.

Before turning to those figures, I would like to take a few minutes to look at Figure 16, which I feel is an interesting summary of the situation I have just described. In the middle of Figure 16 is our health care system, plagued on the one hand by expansionist forces which you probably have already heard about: Changes in mortality and morbidity rates and the aging of the population; the more powerful force of technological development and the medicalization of society; and the broadening of what can be termed social ethics which require that certain health services to be available to populations that could benefit from them. All of these forces work together to push the system toward greater and greater growth. They are the accelerator, and our foot is on that accelerator.

At the same time, our other foot is braking hard through cutbacks in human and material resources, general budgets for hospitals, cost control mechanisms on medical services and stringent funding controls that have led the federal government to reduce its contribution to provinces in the area of health care system development, and through professional ethics as well.

All those forces are tugging at the system from both sides and there is no evidence to indicate that the incentives which created them will improve overall health in Canada. That is an important point to remember. In other words, we have one foot on the brake and the other on the accelerator, but we don't whether anyone is holding the wheel so that we can tell what course we are taking.

To get a hold on that wheel we must agree to rethink what we know about health determinants. It is absolutely clear that what we know today about the factors that determine health is different from what we knew 25 or 30

[Text]

différent de ce que l'on savait il y a 25 ou 30 ans, quand on a mis en place le régime d'assurance-maladie. Quand on a mis en place le régime d'assurance-maladie, on était dans l'euphorie de l'après-guerre, dans l'euphorie des découvertes de la médecine moderne, certains qu'à chaque problème de santé correspondrait un traitement qui permettrait de le corriger ou de l'éliminer. Puis, peu à peu, on s'est aperçus, de façon étonnante, que les inégalités de santé entre les couches sociales demeuraient, quels que soient les investissements en santé que l'on pouvait faire. On observait que les facteurs génétiques étaient importants dans les déterminants de la santé. On observait que le soutien social, l'environnement dans lequel se trouvait l'individu était essentiel pour comprendre la santé des individus. Mais en même temps, on a continué, non pas à agir sur tous ces déterminants de la santé, mais à agir principalement à travers le système de santé, à travers les services médicaux hospitaliers.

Face à cette situation, sur laquelle je pourrai revenir plus en détail dans le cadre d'échanges, on peut se demander ce que peut faire le gouvernement fédéral. Je vous propose de regarder le dernier tableau, le tableau 25, et de vous demander quelles sont les actions possibles du gouvernement fédéral.

Il me semble que le gouvernement fédéral se doit, au moins dans un premier temps, d'agir dans cinq grandes directions. Je ne pense pas qu'il soit raisonnable qu'il veuille maintenir les grands principes d'accessibilité, d'universalité, de gratuité, de transférabilité d'une province à l'autre et de gestion publique tout en diminuant sa contribution financière. Il y a une limite dans laquelle le gouvernement fédéral va se retrouver dans son pouvoir législatif et dans la contribution financière qu'il fait aux provinces. Son poids et sa capacité de maintenir les grands principes unificateurs, qui font du Canada une entité différente de celle des autres pays ayant des liens les uns avec les autres, malgré les différences provinciales, sont liés au fait que le gouvernement a un rôle important dans le financement. C'est ce qui était la logique de ce financement-là. S'il se retire du financement, les systèmes provinciaux vont éclater; notamment, c'est ce que font craindre les tendances actuelles en Alberta qui sont très fortes.

En même temps, il va falloir que le gouvernement fédéral soit très attentif, très permissif envers les nouvelles façons de faire. Le système de santé fondé sur l'hôpital comme cathédrale des soins doit se modifier. L'hôpital doit adopter un rôle différent; les hôpitaux doivent travailler les uns avec les autres. Des façons différentes d'intervenir doivent se trouver. Des recours différents à d'autres types de compétences que les compétences médicales pourraient être valorisés; je pense aux sages-femmes. Il y a donc toute une série de choses qui pourraient être faites que le gouvernement fédéral ne peut pas faire, mais pourrait encourager.

Le gouvernement fédéral se doit d'investir de façon importante dans la recherche des déterminants de la santé. Cette nouvelle compréhension de ce que sont les facteurs déterminants de la santé doit réellement être une espèce d'image de marque de notre société et être à l'origine d'une transformation de la façon dont on va intervenir à long terme dans la société canadienne, pour que les Canadiens ressemblent peut-être aux Japonais durant le XXI^e siècle.

[Translation]

years ago, when we were setting up our health care system. At that time, we were caught up in the euphoria of the post-war years and the miracle of modern medicine, confident that there was a treatment or a cure for each and every health problem. Then, little by little, we realized that inequities in health care between social classes remained no matter how much money we invested. We discovered that genetic factors were major health determinants, and that social support, the environment and the patients themselves were vital to understanding health. At the same time, we continued with our work, not on these determinants, but mainly on the health care system itself and on medical and hospital services.

Given the situation, and we can come back to it later during questions, one wonders what the federal government can do to help. Please turn now to the last figure, Figure 25, and ask yourselves that very question.

In my opinion, the federal government should start by moving in five major areas. I do not think that it can hope to maintain the principles of accessibility and universality of free health care, of transferability between provinces and public management while reducing its financial contribution. The government will find itself limited by its own legislative powers and its financial contributions to the provinces. The government's strength and ability to uphold the principles of unity despite provincial differences, which principles set Canada apart from the other countries linked to it, are linked to the key role the government plays in the area of funding. Those principles are the very basis of that funding. If the federal government withdraws funding, the provincial systems will crumble, as current patterns strongly indicate may happen in Alberta.

At the same time, the federal government must be very attentive and receptive to new methods. Our health care system with hospitals as the cornerstone must change. Hospitals must take on a new role and work together. New means of intervention must be found. The services of professionals outside the medical profession must be utilized; midwives come to mind, as an example. There is a wide range of options that the federal government cannot undertake itself, but can promote.

The federal government must invest heavily in research on health determinants. Increased understanding of these determinants must constitute a new social trademark for Canadians and lead to long-term changes that will allow Canada to follow in Japan's footsteps during the 21st century.

[Texte]

[Traduction]

• 0945

Cela veut dire quoi? Cela veut dire qu'on ne peut pas penser que le système médico-hospitalier soit le seul responsable de la santé des Canadiens. Il va falloir intervenir de façon importante autour de politiques à long terme, travailler en priorité aux conditions de vie et au développement des jeunes enfants. La phrase: «Tout se joue avant 6 ans» est essentielle. On ne peut pas penser avoir une société développée si on laisse de jeunes enfants, pendant les premières semaines, les premiers mois et les premières années de leur vie, dans des conditions difficiles. Ils resteront marqués et se trouveront handicapés pendant tout le reste de leur vie par ces premières années difficiles.

Il faudrait agir de façon importante sur les facteurs permettant un meilleur ajustement des adultes, ajustement aux modifications des conditions de travail, aux modifications des conditions familiales, aux modifications de la société. Il faut travailler beaucoup à l'éducation et à la formation: c'est ce qui distingue de façon radicale le Japon des pays occidentaux. Il faut savoir que plus de 30 heures de formation permanente sont données chaque année à chaque ouvrier japonais, alors qu'au Canada, on donne une heure et demie ou deux heures. On est dans des sociétés différentes, et il y a là quelque chose d'essentiel pour le devenir de notre société.

Il y aura des arbitrages à faire. Il n'est pas écrit dans le ciel que l'on doive continuer à dépenser davantage dans le domaine de la santé. Il y a peut-être des choix difficiles qui devront être faits et on va peut-être devoir choisir si on doit revaloriser le secteur universitaire, le secteur de l'éducation plutôt que celui de la santé. Peut-être qu'à long terme, cela aurait des impacts de santé meilleurs que les dépenses médico-hospitalières.

Finalement, le gouvernement fédéral ne peut pas ne pas regarder avec une attention extrême tous les facteurs de santé qui sont liés à l'environnement et à la qualité de vie.

La santé des Canadiens va trouver des possibilités d'amélioration, non plus seulement à travers plus de médecins et plus d'hôpitaux, mais beaucoup plus, en parallèle, à travers tous les autres facteurs qui conditionnent la santé d'une population.

Dans *Science*, il y a un an ou deux, un chercheur américain, Haus, a revu toute la littérature associée au support social et à la santé. Il arrive à la conclusion que les risques de mortalité liés à l'isolement sont aussi grands que les risques de mortalité liés à l'usage du tabac.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Contandriopoulos. You certainly have raised a number of very interesting points. I have spoken to our clerk and we will attempt to get to all members the translation of the information you have provided for us. Certainly in some of the charts and graphs there is some significant information that will be of interest to the committee as we develop the report.

You have indicated, and I think some of the charts have shown, that it is not necessarily the amount of money that is funded in health care systems but the distribution—I think this is something we have also been hearing from other

What does this mean? It means that we cannot assume that the medical-hospital system is solely responsible for the health of Canadians. We must intervene in a major way in long-term policy and give top priority to the living conditions and development of young children. The axiom that "everything happens before age 6" is essential. We cannot hope for a developed society if we leave young children to cope with difficult conditions in the first weeks, months and years of their lives. They will remain marked by any hardship they are subjected to in their early years and will remain handicapped by this for the rest of their lives.

We must take serious actions to alter the factors that would lead to better adjustment among adults, and this involves changing working conditions, family conditions and society itself. We must do more in the area of education and training: this is what dramatically distinguishes Japan from Western countries. Japanese workers receive 30 hours of continuing education each year, whereas Canadians get one and a half or two hours. We are in different societies, and this is an essential element for the future of our society.

Choices will have to be made. It is not written in stone that we have to continue to spend more on health care. Difficult choices may have to be made, and we may have to decide whether we should enhance the academic sector, the educational sector rather than health care. Perhaps that would have a greater positive impact on health in the long term than increased spending in the medical hospital sector.

Lastly, the federal government cannot afford not to pay extremely close attention to all health factors related to the environment and quality of life.

The health of Canadians will not improve because we increase the number of doctors and hospitals, but rather, and much more so, because of all the other parallel factors that affect the health of a population.

In an issue of *Science* magazine published a year or two ago, an American researcher named Haus reviewed all the literature available on social support and health. He came to the conclusion that the risk of mortality related to isolation is as great as the risk related to tobacco use.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Contandriopoulos. Vous avez certainement soulevé plusieurs questions intéressantes. J'ai parlé à notre greffier, et nous tâcherons de procurer aux membres du Comité une traduction des renseignements que vous nous avez fournis. Vos tableaux et graphiques contiennent beaucoup de renseignements très intéressants qui seront utiles au Comité lors de la rédaction de son rapport.

Vous avez indiqué, et je crois que certains de vos tableaux le démontrent, que ce qui importe n'est pas nécessairement la somme d'argent que l'on consacre aux soins de santé, mais plutôt la distribution. Je crois que

[Text]

witnesses—the best method of applying the dollars we have available to health care, whether, as you suggest, it is in research, home care, or in the recognized health care facilities. So certainly there are factors here that all members would like to consider, and we will try to get the information provided in this report to them as quickly as we can. We do appreciate very much the effort you have made to provide the information.

I guess it has brought to our attention the impact the environment and the changes within it have on health care. Any of you who watched *The Journal* last night will be aware there is now a study that indicates there is a higher incidence of cancer, for example, in pilots and frequent flyers. Those of us who fly back and forth across the country, almost weekly, will be encouraged to hear some of that news! With that, we shall move into questioning.

• 0950

Mrs. Clancy (Halifax): Mr. Chairman, as another frequent flyer, thank you for making my day.

Thank you very much, Doctor Contandriopoulos. I was particularly interested in table 4 and the life expectancy of women. Looking at the incredible change for women in Japan, two thoughts came into my mind. I wondered if the particularly low expectancy, at the beginning, had anything to do with the post-Hiroshima and Nagasaki problems, if there is any knowledge of that, and whether the spectacular increase would relate to diet, and if you know what the factors might be.

I was thinking in particular of a city like Tokyo which, I believe, is one of the largest if not the largest city in the world, and the kind of stress, etc., that comes from living in that kind of atmosphere. These figures are quite extraordinary. Do you have any further information?

M. Contandriopoulos: Non. Il est compliqué d'associer la basse espérance de vie au facteur de la bombe d'Hiroshima. Je n'ai jamais entendu cette explication. Les chiffres sont pour l'ensemble du Japon. La région d'Hiroshima représentait une toute petite portion du Japon, et je ne pense pas qu'on puisse attribuer un chiffre de cet ordre-là à un tel facteur. De plus, l'espérance de vie des hommes japonais par rapport à celle des autres était moins élevée en 1960, et la croissance a aussi été beaucoup plus rapide par la suite. Donc, je ne pense pas que ce soit lié à un seul facteur.

Ces courbes dérangent réellement. On aurait aimé se dire qu'il y avait un prix, en termes de santé, au développement économique du Japon. D'ici, on aurait aimé se dire que les conditions de vie dans ces villes surpeuplées, les conditions de stress auxquelles on soumet les enfants et les conditions de travail particulières devraient avoir des répercussions sur la santé. On ne les aperçoit pas.

[Translation]

d'autres témoins nous l'ont dit également. Il s'agit de trouver le meilleur moyen d'affecter l'argent disponible pour les soins de santé, que ce soit la recherche, les soins à domicile, ou les institutions de soins de santé traditionnelles. Or, il y a beaucoup de facteurs auxquels les membres du Comité voudront réfléchir, et nous essaierons de leur fournir les renseignements contenus dans ce rapport aussi rapidement que possible. Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir bien voulu nous en faire part.

Je crois que ce qui ressort le plus clairement de vos propos, c'est l'impact de l'environnement, et des changements qu'il subit, sur les soins de santé. Si vous avez regardé l'émission *The Journal* hier soir, vous avez sans doute appris qu'une étude menée récemment indique que l'incidence du cancer est plus élevée parmi les pilotes et les passagers assidus, par exemple. Ceux d'entre nous qui se déplacent en avion d'un bout à l'autre du pays presque à toutes les semaines se réjouiront sans doute de cette nouvelle! Cela étant dit, passons aux questions.

Mme Clancy (Halifax): Monsieur le président, en tant que quelqu'un qui se déplace fréquemment en avion, je vous remercie d'avoir ainsi égayé ma journée.

Merci beaucoup, monsieur Contandriopoulos. Je m'intéresse particulièrement au tableau 4 qui nous indique l'espérance de vie des femmes. En constatant ce changement remarquable chez les Japonaises, deux idées me sont venues à l'esprit. Je me demandais si l'espérance de vie particulièrement basse au tout début était reliée aux conséquences d'Hiroshima et de Nagasaki. Je me demande également si l'augmentation spectaculaire est reliée au régime alimentaire et si vous savez quels facteurs ont influencé ce changement.

Je songeais plus précisément à une ville telle que Tokyo, qui est une des plus grandes, sinon la plus grande ville au monde, et le genre de stress auquel les habitants d'une telle ville sont soumis. Ces chiffres sont assez extraordinaires. Avez-vous d'autres renseignements?

Mr. Contandriopoulos: No. It is difficult to associate low life expectancy with the bombing of Hiroshima. I have never heard that explanation before. These figures are for the whole of Japan. The Hiroshima region represented only a small portion of Japan, and I do not think a figure of that magnitude can be attributed to that kind of factor. Furthermore, Japanese men had a lower life expectancy than other males in 1960, and the increase was also much faster thereafter. Therefore, I do not think this is related to a single factor.

These figures are extremely disturbing. We would have liked to be able to say that there was a cost to be paid in terms of health for the economic development of Japan. From where we sit, it would have been nice to say that the living conditions in these overpopulated cities, the stress to which children are subjected and the working conditions in that country had some impact on health. However, this does not seem to have been the case.

[Texte]

Dans un article récent, un Anglais, M. Michael Marmott, a tenté de prendre les grands facteurs que l'on sait influencer la santé des populations et de se demander ce qui distinguait la société japonaise des autres pour expliquer ces différences—là. De cet article—là, je retiens trois éléments qui ne sont pas des preuves, mais des pistes.

Il y en a une qui est clairement liée à l'alimentation. La quantité de gras non saturé qui est consommée par les Japonais est moins de la moitié de celle qui est consommée dans les autres pays développés. Donc, il y a des formes d'alimentation très différentes.

La deuxième est liée à des investissements importants dans l'éducation, dans la formation en cours d'emploi, dans une espèce de bonification de ce qu'ont les Japonais en cours d'emploi.

La troisième, qui est peut-être plus subtile et qui nous apporte une autre dimension, est liée à la façon dont est organisée la société japonaise et à ce qu'on pourrait appeler le contrôle que les travailleurs japonais ont sur leur travail. Dans les organisations japonaises, le degré de contrôle de chaque travailleur sur son travail, la hiérarchie dans laquelle il se place, sont très différents de ce qu'on connaît ici. Il semblerait que ce degré de contrôle sur notre travail est un extraordinaire facteur de bien-être ou de maladie.

En regardant des fonctionnaires anglais qu'on a suivis dans le temps, on s'est aperçu que les fonctionnaires qui étaient coincés dans la hiérarchie entre des supérieurs et des inférieurs avaient des taux de maladie beaucoup plus importants. Plus le fonctionnaire était coincé et plus ce degré de contrôle qu'il avait sur ce qu'il faisait était faible, plus son état de santé était problématique.

• 0955

Mrs. Clancy: I find the third reason extremely interesting and I am wondering if it affects women workers to the same degree as it affects men.

M. Contandriopoulos: Je ne sais pas. Il faudrait voir ce qu'est la femme japonaise dans sa famille. Je ne sais pas.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Thank you very much for your presentation, I found it most interesting.

In regard to our role here, which is to assess what we can suggest to the federal government to encourage our health status in Canada to improve, you pointed out that there is no one really steering changes in the Canada health care system. That is a common theme that we have heard in the presentations, that we need to consider a more holistic approach to health care and move our health care system or our society more widely into that response, that we need to maintain the pillars of health care and that we need to maintain federal funding.

How would you envisage the direction of the health care system? How would you see the federal government's role in ensuring that the health care system moves in the direction that you and many, many other people suggest it should move in?

[Traduction]

In a recent article, Mr. Michael Marmott, an Englishman, examined the major factors that are known to influence health of populations and attempted to determine what distinguished Japanese society from others in order to explain those differences. Three elements stood out in that article, and although they do not constitute conclusive proof, they are indications.

One is clearly linked to diet. The Japanese eat less than half the amount of saturated fat consumed in other industrialized countries. Therefore, dietary habits are very different.

The second factor is linked to major investments in education, on-the-job training, the kinds of self-improvement that the Japanese have access to in the workplace.

The third factor, which may be more subtle and may introduce another dimension, is related to the way Japanese society is organized and to what we could call the degree of control that Japanese workers have on the job. In Japanese organizations, the degree of control that workers have on their own jobs and the hierarchy in which they are placed are very different from what we have here. It appears that the degree of control over one's own work is an extremely important factor in health or illness.

In examining British civil servants over a period of time, researchers noted that those who were squeezed in the hierarchy between their superiors and their underlings had a much greater incidence of illness. The more a civil servant was squeezed and the less control he had over what he was doing, the more his health suffered.

Mme Clancy: Je trouve la troisième raison extrêmement intéressante et je me demande si elle a autant d'incidence sur les travailleuses que sur les travailleurs.

Mr. Contandriopoulos: I don't know. You would have to look at the role of Japanese women within the family. I simply do not know the answer.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Je vous remercie beaucoup de votre exposé, que j'ai trouvé fort intéressant.

Par rapport à notre rôle, qui consiste à faire des recommandations au gouvernement fédéral pour améliorer le régime de soins de santé au Canada, vous avez dit que personne n'assume la responsabilité de modifier le régime. C'est un thème que nous avons souvent entendu dans les exposés. On nous a également dit que le régime de soins de santé et la société en général devrait envisager une approche plus holistique. On nous a dit également qu'il faut préserver les piliers des soins de santé et le financement fédéral.

D'après vous qui a la responsabilité de diriger le régime de soins de santé? Estimez-vous qu'il incombe au gouvernement fédéral de s'assurer que le régime adopte l'orientation que vous et bien d'autres avez préconisé?

[Text]

M. Contandriopoulos: Il y a une considération qui me semble intéressante. Quand on parle avec des collègues français, italiens, allemands, européens en général, on est toujours amené à dire: Regardez le Canada comme un exemple d'une forme de décentralisation qui a fonctionné. Autrement dit, il est possible, dans un pays de 20 à 30 millions d'habitants, d'avoir d'une part un certain nombre de grands principes établis au niveau fédéral, et d'autre part une liberté de moyens et une responsabilité de démontrer qu'on a utilisé l'argent du central d'une façon efficace; au Canada, cela a fonctionné. Je pense que c'est un élément important.

Si on maintient l'hypothèse d'un Canada tel qu'il est organisé aujourd'hui, il est indispensable que ces deux types d'éléments restent. Il est indispensable que le fédéral continue à jouer ce rôle de maintien d'un certain nombre de grands principes qui font en sorte que, partout au Canada, un minimum de similitude se retrouve, mais que, par ailleurs, l'autonomie provinciale, en termes de l'organisation de ses services de santé, permette d'innover et de savoir s'il y a des façons différentes de faire qui seraient meilleures que d'autres. Donc, il faudrait vraisemblablement que le fédéral assouplisse d'une certaine façon les conditions associées à son financement pour permettre une innovation plus grande des différentes provinces. En même temps, il pourrait envoyer clairement aux provinces des messages, en termes financiers, sur l'intérêt qu'il y aurait à développer des formes différentes de faire.

Entre autres, quand on regarde les conclusions des rapports qui ont été faits dans toutes les provinces, on s'aperçoit que chaque province dit d'une certaine façon qu'à l'intérieur des provinces, il faut décentraliser un peu plus et donner des autonomies régionales plus grandes. Au Québec, c'est absolument évident que ce qui est en train de se passer, c'est une régionalisation des services de santé avec un même principe. Là il faudrait que le fédéral reste présent.

Que faut-il faire précisément? Je ne sais pas. Il me semble—comme je ne représente aucun groupe, je me sens tout à fait à l'aise de vous dire mes opinions personnelles—que c'est un peu au gouvernement fédéral d'avoir une perspective à long terme sur ce que va devenir le Canada. Cette perspective de long terme, qui devrait dépasser les intérêts plus politiques d'un groupe et de l'autre, débouche normalement et fondamentalement sur une redistribution des cartes entre les grands facteurs qui affectent la santé des Canadiens. Ces grands facteurs sont l'éducation, la formation, l'environnement et le système médico-hospitalier.

Mr. Axworthy: To what extent do you think the federal government might use its spending power to in fact direct certain activities? We have seen it do that, for example, in the needle exchange program with regard to AIDS, although unfortunately only if the provinces participate. However, there are examples in which the federal government does participate directly in steering the health care system in a certain direction. What role would you see for that?

[Translation]

Mr. Contandriopoulos: There is an interesting point to be made here, I think. When we talk to French, Italian, German and other European colleagues, we always say that Canada is a fine example of a decentralized system that works. In other words, it is possible, in a country with a population between 20 and 30 million, to have both a number of guiding principles established by the federal government and some freedom in spending the federal funding, coupled with the responsibility for showing that it was well spent. The system has worked in Canada. I think that is an important point.

If we work from the assumption of a Canada with its present political organization, these two features of our present system must remain. It is essential that the federal government continue to establish a number of guiding principles, so that there is a minimum resemblance in the services available throughout the country. However, provincial governments should be free to organize their health services, be innovative and determine whether there are different approaches that would work better than others. The federal government will probably have to make the conditions of its funding more flexible so that the provinces can be more innovative. At the same time, the federal government could send the provincial governments clear messages, through its funding, about the advisability of developing new approaches.

When we look, for example, at some of the conclusions to reports prepared in all the provinces, we find they all ask for greater decentralization and greater regional autonomy. In Quebec, it is absolutely clear that what we are seeing is a regionalization of health services along the same lines. The federal government must continue to play its role in this area.

What exactly should be done? I must say I do not know. Since I do not represent any group, I feel I can express my personal views, and it seems to me that it is somewhat the federal government's responsibility to have a long-term vision of the health care system of the future in Canada. This long-term vision, which should go beyond the political interests of any particular group, normally results in a reshuffling of the cards among the major factors that affect our health: education, training, the environment and the medical and hospital system.

M. Axworthy: Dans quelle mesure estimez-vous que le gouvernement fédéral pourrait se servir de son pouvoir de dépenser pour diriger certaines activités? Le gouvernement fédéral a procédé de cette façon dans le cas du programme d'échange de seringues pour essayer d'enrayer le sida; malheureusement ce programme est disponible uniquement si les provinces y participent. Cependant, il y a d'autres exemples où le gouvernement fédéral participe directement et oriente le régime de soins de santé. Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer à cet égard selon vous?

[Texte]

[Traduction]

• 1000

M. Contandriopoulos: Je verrais le gouvernement fédéral jouer un rôle dans l'établissement de grandes politiques sur la santé des Canadiens, un peu dans la perspective de la Charte, plutôt que dans des programmes spécifiques de distribution de ce type de services. Il me semble que le gouvernement fédéral a mieux à faire qu'à distribuer des seringues, même si c'est extrêmement important. Le gouvernement fédéral se doit d'avoir une politique de santé très explicite, se doit d'avoir des objectifs de santé explicites et se doit de demander des comptes aux provinces sur ce qu'elles ont fait pour atteindre ces objectifs de santé. Donc, il s'agit de changer la logique.

Mr. Axworthy: Do you see the federal government having that direction?

M. Contandriopoulos: Pas suffisamment.

Mr. Axworthy: How do you think. . . ?

M. Contandriopoulos: De temps en temps, je rêve qu'il existe, parallèlement à la Charte des droits et libertés, une espèce de charte sur les droits à la santé qui oblige les entreprises à avoir des conditions de travail saines, qui oblige les cafétérias à ne pas offrir une nourriture trop riche en cholestérol, qui permet d'intenter des actions collectives en invoquant cette charte sur la santé. Il me semble qu'il y a là un rôle pour le gouvernement fédéral, mais c'est peut-être à long terme.

Mr. Axworthy: How did you then react to the last budget cuts in transfer payments from the federal government to the provinces, in the context of what you are saying?

M. Contandriopoulos: Dans la perspective dans laquelle je me situe, je pense que c'est excessivement maladroît. La crédibilité du gouvernement fédéral à maintenir une politique de santé et de grands objectifs passe par un maintien de son implication dans le financement. La justification de l'imposition est liée à ce qui est donné. À un moment donné, si on ne donne plus, on ne pourra plus imposer quoi que ce soit, et on assistera à ce dont on discute actuellement en Alberta, soit une privatisation, une américanisation du système de santé canadien. Ce serait un paradoxe absolument renversant que les Américains adoptent un système public d'assurance-maladie au XXI^e siècle alors que le Canada voie le sien s'éroder. Ce serait ridicule.

Mr. Axworthy: It is ironic that they are moving towards our system and we appear to be moving towards theirs, when theirs, as we have seen in your presentation, is clearly not as useful or beneficial as ours.

M. Contandriopoulos: Leur performance n'est pas bonne, n'est-ce pas? Si c'est ce qu'on veut faire, on va dépenser davantage pour moins de résultats.

Mr. Halliday (Oxford): It has been most interesting listening to our witness this morning. We found your charts very helpful.

Mr. Contandriopoulos: I think the federal government should play a role in establishing major health policies for Canadians, somewhat as is done in the case of the Charter, rather than setting up specific programs for distributing this type of service. It seems to me the federal government has better things to do than to distribute needles, even though this is an extremely important activity. The federal government should have very explicit policy and objectives on health, and should require that the provinces report on what they have done to achieve those objectives. So, I am talking about a change in approach.

M. Axworthy: Pensez-vous que le gouvernement fédéral joue ce rôle?

Mr. Contandriopoulos: Not enough.

M. Axworthy: À votre avis, comment. . . ?

Mr. Contandriopoulos: Sometimes I dream about a health charter, similar to the Charter of Rights and Freedoms, which would require companies to provide healthy working conditions and cafeterias to offer food that is not too high in cholesterol, and which would allow for class actions. I think the federal government could play a role in this regard, but that may be a long way off.

M. Axworthy: Compte tenu de vos remarques, comment avez-vous réagi aux dernières compressions budgétaires dans les paiements de transfert que le gouvernement fédéral donne aux provinces?

Mr. Contandriopoulos: From my point of view, I think these cuts were extremely unfortunate. The federal government's credibility in maintaining its health policy and objectives depends on its continued involvement in funding. Justification for taxes is related to what is being provided. If nothing is being provided, at some point the government will no longer be able to tax anything, and we will see a privatization or Americanization of the Canadian health system. This is being discussed in Alberta at the moment. It would be a shocking paradox if the Americans were to adopt a public health insurance system in the 21st century, while Canada's system was slowly being eroded. That would be ridiculous.

M. Axworthy: Il est ironique de constater que les Américains se dirigent vers notre régime, alors que nous semblons nous diriger vers le leur, surtout que le leur, comme vous l'avez très bien indiqué dans votre exposé, n'est pas aussi avantageux que le nôtre.

Mr. Contandriopoulos: Their record is not very good, is it? If that is what we want to do, we are going to spend more and get less.

M. Halliday (Oxford): Je trouve que les remarques de notre témoin de ce matin sont très intéressantes. Nous avons trouvé très utiles vos tableaux.

[Text]

I have two or three questions. Your compatriot in Quebec, Mr. Castonguay, is very knowledgeable about the health care system and has come out with some recent comments that I have not heard first-hand. Would you care to give us your reaction to his comments on the health care system in Quebec?

M. Contandriopoulos: La question est intéressante. Après avoir lu dans les journaux les propositions de M. Castonguay, nous avons écrit, nous aussi, aux journaux pour faire un plaidoyer contre la privatisation du système de santé. Par la suite, M. Castonguay m'a appelé pour me dire: Vous n'avez pas lu l'ensemble de mon mémoire; je ne suis pas pour la privatisation; j'essaie de trouver, comme n'importe qui, des façons différentes de faire, et les journaux ont interprété d'une façon trop généreuse mes propositions de privatisation; je suis contre l'idée de privatiser le système de santé.

C'est ce qu'il est en train de dire. Je pense qu'il a été relativement malheureux de la façon dont on a interprété son discours, mais je pense aussi que M. Castonguay, pendant les 20 dernières années, a été essentiellement à la tête de compagnie d'assurance privée et que, dans son discours, il restait quelques influences de son rôle de président de La Laurentienne. Il essayait fondamentalement de trouver des moyens de financer un peu plus généreusement le système de santé.

Je pense que les méthodes qui vont consister à trouver à court terme de nouvelles sources d'argent pour maintenir le système de santé dans une espèce de statu quo ont peu de chances d'avoir un avenir très long. Pendant les 20 dernières années, M. Castonguay a surtout fait de l'assurance; il n'a pas réfléchi à nouveau à l'évolution des connaissances sur les déterminants de la santé et, au mieux de ce qu'il savait il y a 20 ans et de ce qu'il est aujourd'hui, il fait des propositions.

• 1005

Mr. Halliday: The concepts of various types of delivery systems and payment mechanisms for physicians is receiving a lot of attention with our HMOs, HSOs, CHCs and all the rest of it, and also the traditional payment mechanisms. An article in the last issue of the *Canadian Medical Association Journal* reported a study on that, which perhaps you are familiar with. I had a chance to glance at it only quickly. It seemed to suggest that any differences between the various proposals for delivery depend more upon the individual persons involved in that particular setting than upon the system itself. Could you comment on those various types of delivery mechanisms and their payment systems?

M. Contandriopoulos: C'est une grande question. Brièvement, les formes d'organisation des soins comme les HMO ont pu mettre en évidence qu'il était possible d'offrir des soins à chaque individu d'une façon moins coûteuse que dans le reste du système, principalement, comme plusieurs études ontariennes le démontrent, en réduisant l'hospitalisation. Donc, il serait possible de prendre en charge la santé de la population en utilisant moins l'hospitalisation.

Par ailleurs, quand on regarde les différents États américains, ceux qui ont de gros HMO et ceux qui en ont moins, on s'aperçoit que le fait d'avoir beaucoup de HMO et d'avoir une concurrence entre des formes de soins différentes

[Translation]

J'ai deux ou trois questions à vous poser. Votre compatriote au Québec, M. Castonguay, connaît très bien le régime de soins de santé et a fait des observations dernièrement que je n'ai pas entendues moi-même. Voulez-vous nous parler de votre réaction à ses remarques au sujet du régime de soins de santé au Québec?

Mr. Contandriopoulos: You have raised an interesting question. After reading the newspaper reports on Mr. Castonguay's proposals, we wrote to the newspapers to state the case against the privatization of the health care system. Mr. Castonguay subsequently called me to say that I had not read his whole paper, and that he was not in favour of privatization, but that, like anyone else, he was trying to suggest new approaches. He said the newspapers had overstated his proposals on privatization and that he was actually opposed to the idea.

So that is what he is saying at the moment. I think he was relatively unhappy about the way in which his speech was interpreted, but I also think that over the last 20 years, Mr. Castonguay's main job has been to run a private insurance company, the Laurentian Group, and it showed a little in his speech. He was basically trying to find ways of getting more funding for the health care system.

I think short-term solutions for finding new sources of money to maintain the health care system in its present state will likely be very short lived. Over the last 20 years, Mr. Castonguay's main focus has been insurance, he has not reflected on new trends in health care and he has come up with some proposals based on what he knew 20 years ago and what he is today.

M. Halliday: Compte tenu des différentes formes d'organisation des soins, on se penche actuellement sur les divers systèmes conçus pour assurer les soins de santé. On évalue aussi les modes—nouvelles et traditionnelles—de rémunération des médecins. Vous avez peut-être lu un article, paru dans le dernier numéro du *Journal de l'Association médicale canadienne*, qui porte sur une étude effectuée sur ce sujet. Je n'ai pu qu'y jeter un coup d'oeil. L'article semblait laisser entendre que les différences entre les divers systèmes proposés dépendaient davantage des personnes qui y participaient que du système lui-même. Pourriez-vous nous faire des commentaires sur ces différents systèmes ainsi que les modes de rémunération qu'ils prévoient?

Mr. Contandriopoulos: That is a big question. To put it briefly, health care delivery systems such as HMOs have proved that it is possible to deliver services to individuals for less money than does the rest of the system. As several Ontario studies show, the main reason for this is that they cut hospitalization periods. So, it would be possible to provide health care for a population by having shorter hospitalization periods.

Furthermore, when we compare American states that do have extensive HMOs and those who have fewer or less extensive HMOs, we see that having a lot of HMOs and competing systems of health care delivery does not lead to

[Texte]

n'entraîne pas d'économies globales. La Californie est un des États où on dépense le plus d'argent *per capita* en termes de soins et qui, en même temps, a des indicateurs d'espérance de vie qui ne sont pas extraordinairement bons.

Donc, si pour les populations desservies par les HMO, il y a un certain mérite à cette forme d'organisation, il ne me semble pas que ce soit des formes très porteuses d'efficacité pour l'ensemble d'une population ou d'un système.

Il me semble que, de plus en plus, il faut arriver à trouver des façons de faire différentes. Ce qu'on est train d'essayer d'organiser au Québec peut être vu comme un exemple de ceci. Le gouvernement provincial peut donner de l'argent à une région en fonction de la population à desservir, en laissant à la région beaucoup d'autonomie dans la façon d'organiser son système de soins, comme le fait le fédéral à l'égard des provinces, mais en même temps, ces régions et les différentes provinces doivent être responsables, année après année, de démontrer qu'elles ont obtenu un certain nombre de résultats ou qu'elles ont atteint un certain nombre d'objectifs. Autrement dit, il s'agit de donner une autonomie de moyens et, en même temps, une responsabilité quant aux objectifs de santé à atteindre. Actuellement, aux États-Unis, cela ne se retrouve dans aucun système.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, references have been made to the private type of system in the U.S.A., and I do not think anybody here would particularly relish that kind of system for Canada.

On the other hand, and you have dealt at some length in your charts with European countries, most of them have had a very public system over the last years, longer than we have had, and yet they tend to be showing a trend to move into the involvement of the individual person somewhat in helping to pay for his own health care. You see that in Sweden, Denmark, France, the U.K. and perhaps others. What are your comments about that? Is that something we should be looking at here in Canada?

M. Contandriopoulos: Il faut regarder cela pour éviter de faire la même chose. En Grande-Bretagne, avec M^{me} Thatcher, et en France, avec les caisses de la sécurité sociale qu'on avait, on a des systèmes qui ont vieilli et qui, ayant vieilli, ne peuvent plus continuer à fonctionner, un peu comme le système canadien, sans avoir des rentrées d'argent différentes.

Voici les questions qui se posent. Est-ce qu'on veut réformer d'une façon assez radicale nos façons de faire, ou est-ce qu'on veut maintenir le système actuel pendant encore cinq ou dix ans, ce qui nous obligera à faire payer un peu plus chaque personne malade? Est-ce que, au lieu de tout couvrir avec un système plus égalitaire de financement, on va faire payer un peu plus chaque personne malade, on va faire payer un peu plus les plus pauvres dans la société, qui sont généralement les plus malades, pour permettre de laisser en place les privilèges et les façons de faire du monde médical et du monde hospitalier, sans que ce soit forcément ce qui va permettre d'atteindre les meilleurs résultats de santé pour la population?

[Traduction]

overall savings. California is one of the states in which they spend the most money per capita for health care. At the same time, the life expectancy indices in that state are not extraordinarily good.

So, even if the people who use HMOs find that they have a certain merit, it does not seem that this system is the most effective when it comes to an entire population.

It seems to me that it is becoming increasingly necessary to find new approaches. What we are trying to do in Quebec now is an attempt to do just that. The provincial government can give money to a region based on its population and allow the region a lot of independence in organizing its health care system. It is like the federal-provincial arrangement. But, at the same time, these regions and provinces are responsible, year in, year out, for showing that they have been able to achieve certain results or goals. In other words, there has to be both financial independence and responsibility for achieving health care goals. At the present time, there is no system like this in the United States.

M. Halliday: Monsieur le président, on a déjà parlé du genre de système privé qu'on trouve aux États-Unis. J'estime que personne ne voudrait ce genre de système ici au Canada.

Par contre, dans vos tableaux il est beaucoup question des pays européens, dont la plupart ont des systèmes publics depuis des années, plus longtemps que nous. Pourtant, dans ces pays il semble qu'on exige de plus en plus que l'individu aide à financer ses propres soins de santé. C'est ce qui se passe en Suède, au Danemark, en France, au Royaume-Uni et peut-être dans d'autres pays. Qu'avez-vous à dire là-dessus? Devrait-on envisager un système similaire ici au Canada?

Mr. Contandriopoulos: We have to look at it in order to avoid doing the same thing. In Great Britain under Margaret Thatcher and in France with their social security funds problems, health care systems are outmoded and will not be able to go on working unless they find money somewhere else. It is a bit like the Canadian system.

These are the questions we are asking ourselves. Do we want a radical reform or do we want to maintain the present system for another five or ten years even if we must pay more for every sick person? Instead of covering everything with an egalitarian system, are we going to make sick people pay a little bit more? Are we going to make poor people, who on the whole get sick more often, pay more in order to maintain present privileges and approaches—even though this may not necessarily result in better health for the whole population?

[Text]

• 1010

En demandant 5\$ ou 10\$ par jour d'hospitalisation, on va permettre aux hôpitaux canadiens de continuer à travailler indépendamment les uns des autres, de continuer à faire chacun de nouveaux tests de laboratoire quand un patient vient à l'urgence, même si ce patient a subi ces mêmes tests dans un autre hôpital la semaine précédente, et ainsi de suite, et ainsi de suite. Cela va permettre de maintenir le statu quo pendant encore un petit moment, mais sans que l'efficacité et la productivité du système soient améliorées.

Mr. Halliday: The suggestion has been made that we should have a type of national health council, an advisory body at the federal level. Could you comment on that?

M. Contandriopoulos: C'est un peu ce que fait la province de l'Ontario. Il serait intéressant qu'un organisme non lié au ministère de la Santé nationale soit directement en ligne avec le gouvernement du Canada, établisse chaque année, ou tous les deux ou trois ans, des objectifs de santé à atteindre et puisse ensuite demander aux différentes provinces de rendre des comptes sur l'atteinte de ces objectifs. On montrerait ainsi que la santé n'est pas uniquement la responsabilité du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, mais une responsabilité nationale de l'ensemble du gouvernement. C'est par des actions intersectorielles coordonnées dans l'éducation, dans l'environnement, dans les conditions de travail, dans la sécurité routière qu'on va éventuellement améliorer la santé. Donc, je pense que cette idée est tout à fait intéressante.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): I have one specific question. Recently we had a news story that health care as we know it and expect it in English Canada is breaking Quebec financially, and things would have to change. Could you comment on that? I assume that the news story was similar in Quebec. Could you indicate if it is based on fact and why those kinds of statements would be made at this time in Quebec?

M. Contandriopoulos: Les chiffres disponibles indiquent très clairement que les dépenses *per capita* dans le domaine de la santé sont restées approximativement stables. Par ailleurs, dans toutes les provinces, entre autres au Québec, le nombre de médecins a augmenté rapidement et le salaire des infirmières a augmenté relativement rapidement. Je lisais récemment qu'au Québec, pour maintenir ce contrôle des dépenses, on a contrôlé les honoraires médicaux. Les médecins québécois étaient les mieux payés du Canada en 1970 et, en 1987, ils étaient les moins bien payés du Canada.

Il est évident que le corps médical et les associations hospitalières ont de plus en plus la conviction qu'on ne peut plus continuer comme cela. Les médecins vont dire: On va quitter, on est coincés, notre position relative dans la hiérarchie des salaires se détériore, il y a quelque chose qui ne va pas. De ce point de vue-là, si j'étais moi-même médecin, je ne pourrais que me plaindre: le pouvoir d'achat moyen des médecins diminue chaque année au Québec.

Donc, il est vrai qu'il y a des problèmes graves en termes du jour à jour, mais on doit tout de même se demander où on ira à l'avenir. Est-ce une responsabilité de notre société que d'assurer à chaque médecin un revenu de 30 p. 100

[Translation]

Charging \$5 or \$10 a day for hospital stays will enable Canadian hospitals to continue working independently of one another and to conduct their own laboratory tests for patients coming to emergency, even if the latter underwent the same tests the week before in another hospital. It will also allow us to maintain the status quo for a short time, but will not help improve the efficiency or productivity of the system.

M. Halliday: On a proposé la création d'un conseil national de la santé, qui servirait d'organisme consultatif au niveau fédéral. Avez-vous des commentaires à ce sujet?

Mr. Contandriopoulos: That is similar to what is being done in Ontario. It would be helpful to have a body, which would be independent of Health and Welfare, dealing directly with the federal government. Such a body could establish each year or every two or three years objectives in the area of health, and could then ask the provinces to report on their success in meeting those objectives. In so doing, it would be seen that health is not solely the responsibility of the Department of National Health and Welfare but a national responsibility shared by all levels of government. It is by ensuring that the various sectors involved work together in education, on the environment, conditions of work and road safety, that we will eventually improve the health of Canadians. Therefore, I think this is a very useful idea.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): J'ai une question précise. Selon un article que j'ai lu récemment, le Québec éprouve d'énormes difficultés financières à maintenir le niveau actuel de soins de santé. Avez-vous des commentaires à ce sujet? Je suppose que les journaux québécois ont aussi parlé de ce problème. Estimez-vous que ces inquiétudes sont fondées, et pourriez-vous expliquer pourquoi ce problème existe actuellement au Québec?

Mr. Contandriopoulos: The figures available clearly show that per-capita spending on health care has remained more or less unchanged. It should also be noted that in every province, including Quebec, the number of doctors has risen quickly, as have the salaries of nurses. I was reading recently that, in order to control spending, Quebec has begun to control medical fees. In 1970, Quebec doctors were the highest paid in Canada, whereas in 1987 they were the lowest paid.

It is obvious that the medical profession and hospital associations are increasingly convinced that such a situation cannot continue. Doctors will threaten to leave the profession, saying that they are caught in a jam, their salaries are deteriorating in relation to other professions, and the situation is unacceptable. If I was a doctor, I would also feel obliged to complain, as the purchasing power of doctors in Quebec is dropping every year.

Therefore, it is a fact that there are serious day-to-day problems, but we must still look towards the future. Should our society be responsible for ensuring that the average doctor earns 30% more than the average lawyer? Do we need

[Texte]

supérieur à celui d'un avocat? Est-ce qu'on a besoin de tous les médecins qu'on a formés? Est-ce qu'on a besoin d'en former autant? On revient à des questions beaucoup plus fondamentales sur la place du secteur médico-hospitalier dans les déterminants de la santé. Encore une fois, à moyen terme, est-ce qu'il ne faudra pas commencer à modifier les sommes que l'on affecte à un secteur et à l'autre?

• 1015

Compte tenu du développement économique, de la dette et des niveaux de taxation qu'on a au Canada par rapport aux autres pays, on ne peut pas accroître les impôts. Donc, on sait qu'il faut faire une redistribution de l'argent. On sait qu'on ne peut pas couper ce qui se fait actuellement d'une façon importante et qu'on ne peut pas continuer à augmenter les dépenses dans ce secteur-là. C'est ce qu'on est en train de vivre, ce qui exige une réforme relativement radicale. Autrement, il va falloir faire payer un peu plus les uns et les autres pour arriver à colmater les gros trous pendant quelques années et attendre les prochaines élections.

Ms Langan: Do you feel fee for service is the solution to that?

M. Contandriopoulos: On a beaucoup travaillé à cela et il faudrait une longue discussion à ce sujet, mais en un mot: non. Le mode de paiement à l'acte est un mode qui, pour toutes sortes de raisons, entraîne toujours plus de services, des services toujours plus techniques et une possibilité pour le corps médical d'aller chercher des revenus même quand les tarifs sont bloqués. D'une certaine façon, le paiement à l'acte est associé à un pronostic d'accroissement de l'utilisation des services, indépendamment du besoin de la population.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Monsieur Contandriopoulos, je vous félicite pour votre excellent exposé.

Étant donné que les soins de santé relèvent des gouvernements provinciaux, j'ose espérer que vous avez fait part des résultats de votre étude au gouvernement provincial.

Que pensez-vous de l'initiative prise par le gouvernement du Québec pour désengorger les urgences des hôpitaux?

Deuxièmement, pensez-vous que l'imposition d'un ticket modérateur pourrait permettre d'offrir une gamme plus complète de services aux personnes dans le besoin?

M. Contandriopoulos: De mon point de vue, la question des urgences ne va se régler ni par des sommes additionnelles aux hôpitaux, comme l'avait fait M^{me} Lavoie-Roux, ni par une brigade d'interventions comme le propose M. Côté. Ce sont toutes des mesures mesures symboliques qui, par les symboles qu'elles apportent, ont permis et vont permettre aux administrations hospitalières d'agir avec plus de vigueur dans l'organisation de leurs urgences, mais ne vont pas régler la question des urgences.

La question des urgences est associée à plein de phénomènes intriqués les uns avec les autres: au mode de financement des hôpitaux avec budget global; à la fermeture d'un certain nombre de lits; au maintien de patients de

[Traduction]

all the doctors who have been trained? Do we need to train so many? We come back to far more fundamental issues regarding the role of doctors and hospitals in the health system. In the medium term, should we not begin to reconsider the amount allocated to each sector?

Because of Canada's economic situation, debt load and levels of taxation compared with other countries, we cannot increase taxation. Therefore, money will have to be redistributed. We know that significant cuts cannot be made to services currently provided and that we cannot go on increasing expenditures in those areas. In view of the present situation, relatively radical reforms will have to be implemented. Otherwise, people will be required to pay a little more to plug these enormous holes over the next few years or until the next election.

Mme Langan: À votre avis, est-ce que le paiement à l'acte serait une solution?

Mr. Contandriopoulos: A lot of work has been done on that question, and we could have a long discussion on the issue. However, the short answer is: no. For a variety of reasons, a fee-for-service system invariably leads to an increase in services, which become more and more technical, thus enabling the medical profession to increase their income even while fees are frozen. To some extent, when you institute a fee-for-service system you can assume that there will be an increase in services, regardless of public needs.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Mr. Contandriopoulos, I would like to congratulate you on your excellent presentation.

Given that health care is a provincial responsibility, I trust that you have informed the provincial government of your findings.

What do you think of the steps taken by the Quebec government to solve the problems facing hospital emergency services?

Second, do you think that the establishment of user fees would make it possible to provide a fuller range of services to people in need?

Mr. Contandriopoulos: I do not think that the problem of emergency services will be resolved either by giving more money to hospitals, as Ms Lavoie-Roux did, or by establishing trauma teams, as Mr. Côté has proposed. These are all token measures, which have allowed and will continue to allow hospital administrators to take more decisive steps in organizing their emergency services. However, they will not solve the emergency problem.

The problem of emergency services is linked to a number of other interrelated issues such as: hospital funding based on a comprehensive budget; bed closures; chronic care patients in acute-care hospitals; the fact that each hospital is

[Text]

longue durée dans les hôpitaux de courte durée; à l'indépendance de chaque établissement qui empêche d'avoir une politique d'affectation des urgences aux hôpitaux les moins chargés à un moment donné; au fonctionnement des cabinets privés, des polycliniques et des CLSC qui ferment à certaines heures et qui renvoient à l'urgence un certain nombre de cas qui pourraient être pris en charge ailleurs et qui engorgent les urgences. Donc, il y a toute une série de facteurs qui expliquent la situation des urgences et qui ne seraient pas corrigés par un peu plus d'argent à court terme.

On pourrait parler longtemps des urgences, et ce serait très intéressant. C'est un très très bon exemple de ce qu'on peut faire et de ce qu'on ne peut pas faire avec de l'argent additionnel. Je ne pense pas que les mesures qui ont été proposées vont régler la question des urgences. Elles vont peut-être apporter de petites solutions à court terme qui peuvent être vendues politiquement, parce que l'on fait quelque chose pour corriger une situation qui est perçue par chacun comme inacceptable, mais ce ne sont pas des solutions de long terme.

Pour ce qui est du ticket modérateur, la façon dont est réglé le système de santé et les caractéristiques propres du système de santé font en sorte qu'il est inacceptable que des mécanismes de marché puissent s'appliquer. Autrement dit, ce n'est pas parce qu'on fait payer plus cher quelque chose à quelqu'un qu'il va moins utiliser les services. Et ce n'est pas parce qu'on le fait payer qu'il va y avoir une rationalisation dans la façon d'offrir les services. Autrement dit, le ticket modérateur n'est pas un ticket modérateur, mais un ticket de financement. Si on parle d'un ticket modérateur, ce n'est pas pour modérer quoi que ce soit, mais pour avoir plus de sous.

• 1020

La question qui se pose est celle-ci: Où va-t-on prendre de l'argent et pour faire quoi? Est-ce qu'on prend l'argent de ceux qui sont malades et qui, plus souvent qu'autrement, sont les plus pauvres de la société au lieu de le prendre des gens des autres classes qui sont non malades et plus riches? Fondamentalement, c'est le problème de savoir qui paye les services de santé. Le ticket modérateur n'a aucun pouvoir de régulation du système de santé. Il n'a jamais été démontré que les pays ayant un ticket modérateur étaient plus efficaces que le Canada dans la prestation des services de santé.

Mme Roy-Arcelin: Est-ce que vous avez fait part des résultats de votre étude au gouvernement provincial?

M. Contandriopoulos: Ah, oui. J'ai été conseiller à la Commission Rochon. On a présenté un mémoire à la commission parlementaire.

Mme Roy-Arcelin: Quelle a été sa réaction?

M. Contandriopoulos: Tout dépend de quoi il s'agissait. Le dernier mémoire qu'on a présenté à M. Côté sur le projet de loi, un peu dans ces termes-là, a été bien accueilli.

The Chairman: On behalf of the committee, sir, thank you very much for the testimony you have provided to us this morning. I think it is obvious that the research material you have provided is certainly of interest and, as I have indicated, we will attempt to provide that as soon as we can in English for those who wish it.

[Translation]

independent, which makes it impossible to develop a policy for sending emergency cases to those hospitals which are the least busy at a particular point in time; the operations of private practices, private general hospitals, and CLSCs, which are closed at certain times and send to emergency cases which could be dealt with elsewhere, thus overloading emergency facilities. Therefore, there are a number of factors involved in the provision of emergency services, and the problems cannot be solved by making some small short-term investments.

We could talk at length about emergency services, and it would be a very interesting discussion. They constitute a very good example of what can and cannot be done with additional money. I do not think that the measures proposed will solve the problem of emergency services. They may perhaps provide some small short-term solutions which would be useful politically since something is being done to remedy a situation which is generally considered to be unacceptable, but these are not long-term solutions.

As regards user fees, it would be unacceptable to apply market methods to the health care system, given the characteristics of the latter. In other words, you cannot guarantee that someone will use a service less frequently because you make him pay for it. And we can not presume, because the user has to pay for services, that delivery of them will be rationalized. In other words, the user fee is not really a user fee, but rather a funding fee. The reason a user fee is introduced is to raise more money.

One must ask the following question: Where will the money come from? What will it be used for? Do we take money from those who are sick and who, most of the time, are the poorest of the community, instead of taking money from people from other classes who are not sick and are richer? Basically, one has to decide who will pay for health services. User fees cannot regulate the health system; nobody has ever shown that countries who have user fees are more efficient than Canada as far as the delivery of health services is concerned.

Mrs. Roy-Arcelin: Did you let the provincial government know the results of your study?

Mr. Contandriopoulos: Yes. I was one of the advisors for the Rochon Commission. We presented a brief to the parliamentary commission.

Mrs. Roy-Arcelin: What was their reaction?

Mr. Contandriopoulos: It depends on the issue. The last brief we presented to Mr. Côté on the Bill dealt with these issues, and was well received.

Le président: Au nom du Comité, monsieur, j'aimerais vous remercier d'être venu ce matin. Je crois qu'il est évident que les documents de recherche que vous nous avez fournis sont fort intéressants et, comme je l'ai indiqué, nous essaierons de nous procurer le plus tôt possible une version anglaise pour ceux qui la désirent.

[Texte]

M. Contandriopoulos: Je vous remercie de m'avoir invité.

The Chairman: Perhaps I could remind members of the committee that Mr. Castonguay will appear before the committee probably in first week in June.

Mrs. Clancy: A pleasure all the greater for being deferred.

The Chairman: Our second group of witnesses are from the Consumers' Association of Canada.

Ms Jean Jones (Chairperson of the Health Council, Consumer's Association of Canada): Mr. Chairman, members of the committee, we very much appreciate your invitation to appear this morning to present the views of the Consumers' Association of Canada on our health care system and its funding. You have already introduced me as chair of the health council of the Consumers' Association. I am also one of the past presidents of the association.

With me this morning are Rachel Dalzell, a member of our health council and also a member of the current board of directors of the association, and Kathy Thompson, research associate at our national office with responsibilities on health issues.

As many of you know, the Consumers' Association of Canada, CAC from here on, is a not-for-profit, non-governmental, voluntary organization with approximately 130,000 members across Canada. Our activities on behalf of consumers over the past 40-some years include interventions before regulatory tribunals, boards and commissions and representation of the consumer interest on a variety of advisory and consultative committees and standard-setting organizations. Most important in the present context, it includes presentation of consumer perspectives to parliamentary committees, government ministers, royal commissions and task forces. In addition, I hope you are familiar with CAC's subsidiary Canadian Consumers Inc., which publishes the monthly magazine, *Canadian Consumer*.

• 1025

We welcome this opportunity to discuss the health care system with your committee. When the delegate assembly at our annual general meeting two years ago identified the health care system as a priority consumer issue for the association, the CAC board of directors appointed the health council with representative membership from across Canada to promote the consumer interest in this area. CAC believes the consumer interest in the health care system should be given the highest priority and that consumers have a responsibility to participate through informed consumer representation in planning and evaluating the system of health services, the types and qualities of service, and the conditions under which health services are delivered. I believe you have as an appendix to our written submission our policy statement on consumers and health care, which we have produced within the last few months.

In responding to the committee's questions regarding the aging population and its impact on the health care system, we believe programs that allow the elderly and the chronically ill to receive care in their homes must be given a much higher

[Traduction]

Mr. Contandriopoulos: Thank you for inviting me.

Le président: J'aimerais rappeler aux membres du Comité que M. Castonguay sera probablement des nôtres pendant la première semaine de juin.

Mme Clancy: Le plaisir sera d'autant plus grand qu'on aura attendu plus longtemps.

Le président: Notre deuxième groupe de témoins représente l'Association des consommateurs du Canada.

Mme Jean Jones (présidente du Conseil de la santé, Association des consommateurs du Canada): Monsieur le président, messieurs et madame les députés, nous vous remercions vivement de nous avoir invitées à comparaître ce matin pour vous exposer le point de vue de l'Association des consommateurs du Canada sur notre réseau de soins de santé et son financement. Vous avez déjà dit que j'étais la présidente du Conseil de santé de l'Association des consommateurs. Je suis également une présidente sortante de l'Association.

M'accompagnent ce matin Rachel Dalzell, membre du Conseil de la santé et membre de notre conseil d'administration, ainsi que Kathy Thompson, adjointe de recherche de notre bureau national, responsable des questions de santé.

Nombre d'entre vous savent certainement que l'Association des consommateurs du Canada, l'ACC, est un organisme non lucratif, non gouvernemental et bénévole qui compte environ 130,000 membres dans l'ensemble du Canada. Notre activité au nom des consommateurs depuis une quarantaine d'années englobe les interventions devant les tribunaux, conseils et commissions de réglementation, la défense des intérêts du consommateur devant une vaste gamme de comités consultatifs et d'organismes de normalisation et, élément plus important dans le contexte actuel, l'exposé du point de vue des consommateurs devant les comités parlementaires, les ministres du gouvernement, les commissions royales d'enquête et les groupes de travail. En outre, j'espère que vous connaissez la filiale de l'ACC. Le consommateur canadien Inc., qui publie le mensuel *Le consommateur canadien*.

Nous saisissons avec plaisir cette occasion de discuter du réseau des soins de santé avec le Comité. Depuis que l'assemblée des délégués de votre réunion annuelle générale d'il y a deux ans a fait du réseau des soins de santé une question prioritaire de consommation pour l'association, le Conseil de la santé n'a pas ménagé ses efforts pour promouvoir les intérêts du consommateur dans ce domaine. L'ACC croit que le réseau des soins de santé est une question où l'intérêt du consommateur doit être l'absolue priorité; le consommateur a la responsabilité de participer, par l'intermédiaire de consommateurs informés, à la planification et à l'évaluation du réseau de services de santé, du type et de la qualité des services et des conditions de prestation. Je crois que vous trouverez en annexe à notre mémoire notre énoncé de principes sur les consommateurs et les soins de santé, un document qui a été préparé il y a quelques mois.

En réponse aux questions du Comité sur la population vieillissante et son effet sur le réseau de soins de santé, nous croyons que les programmes qui permettent aux aînés et aux malades chroniques de recevoir des soins à domicile doivent

[Text]

priority for funding. Such programs enhance the quality of life for seniors and could reduce costly admissions to hospitals. We also emphasize that programs to relieve family members and informal care givers by providing respite care are essential components of any effective care in the community. Initiatives such as the Victoria Health Project, which integrate community support services and help to keep frail elderly and chronically ill persons in their homes, should be used as a model for other communities to adapt to their own requirements. The development of wellness centres to reinforce good health for seniors should be encouraged. The selection of care for the frail elderly consumer should not be dependent on what is least costly to the system or on the consumer's ability to pay, but on its appropriateness for his or her needs.

The CAC's statement on consumer rights and health care claims the same rights for all consumers regardless of their age, frailty or the seriousness of their illness. Future health care services must concentrate on keeping the elderly in their own homes with increased community support services, encouraging greater independence, increasing awareness of use and abuse of drugs, encouraging self-help support groups, and encouraging greater communication between the elderly and the health care giver.

Mme Rachel Dalzell (membre du Conseil d'administration et du Conseil de santé, Association des consommateurs du Canada): Il faut également insister davantage sur l'éducation à la santé plus tôt dans la vie. L'éducation et la participation des consommateurs à la planification des services de santé doivent aboutir à un apport constant à l'évolution des besoins, chez ceux qui financent et offrent les programmes aussi bien que chez ceux qui reçoivent les services.

L'Association des consommateurs du Canada a la certitude, et cela ne peut être plus clair dans l'énoncé de principes sur les consommateurs et les soins de santé, que les Canadiens doivent bénéficier d'un accès égal aux soins de santé sans égard à des facteurs comme la situation économique, le sexe, l'âge, les croyances, l'origine ethnique et le lieu. Malheureusement, les collectivités des régions rurales n'ont pas toujours à leur portée des services de santé adéquats. Dans d'autres cas, les services existent, mais ils sont inutilisés pour diverses raisons. Nous devons inciter les spécialistes à s'installer dans les régions rurales pour garantir l'universalité de notre système de soins de santé. Il faut des programmes d'enseignement pour dissiper les fausses conceptions qui entourent les professionnels de la santé, particulièrement chez les autochtones.

• 1030

Il faut encourager les collectivités à s'impliquer davantage dans la planification de leur système de soins de santé pour qu'il réponde à leurs besoins particuliers. Il faut encourager et appuyer les hôpitaux ruraux pour qu'ils fournissent des services diversifiés répondant aux besoins de leur collectivité.

[Translation]

recevoir une plus grande priorité de financement, car ces programmes améliorent la qualité de la vie des aînés et peuvent réduire les mesures coûteuses que sont les admissions dans les hôpitaux. Nous rappelons également que les programmes qui visent à soulager les membres de la famille et les soigneurs bénévoles en offrant des soins de répit sont des éléments essentiels de tout programme de soins efficaces pour la collectivité. Les initiatives comme le *Victoria Health Project*, intégrant des services de soutien communautaire et aidant à garder les aînés frêles et les malades chroniques chez eux, doivent servir de modèles aux autres collectivités, pour qu'elles les adaptent à leurs propres exigences. Il faut encourager la création de centres de mieux-être dont le but est d'aider les aînés à améliorer leur état de santé. Le choix des soins pour les consommateurs âgés frêles ne doit pas être fonction de ce qui est le moins coûteux pour le système ou pour la capacité de payer des consommateurs, mais de ce qui est adéquat pour les besoins de cette personne.

La déclaration de l'ACC sur les droits des consommateurs en matière de soins de santé accorde les mêmes droits à tous les consommateurs, sans égard à leur âge, à leur fragilité ou à la gravité de leur maladie. Les services futurs de soins de santé doivent se concentrer sur ce qui suit: garder les aînés chez eux grâce à une augmentation des services de soutien communautaire; favoriser une plus grande autonomie; sensibiliser les personnes à l'utilisation et à l'abus des drogues et des médicaments, favoriser les groupes de soutien d'entraide, et favoriser une plus grande communication entre la personne âgée et le soignant.

Mrs. Rachel Dalzell (Member of the Board of Directors and of the Health Council, Consumers Association of Canada): There must also be a greater emphasis on health education at an earlier age. Education combined with consumer participation in the planning of health care services would provide continual input on changing needs to the funders and providers of programs as well as to those receiving the services.

Regarding the accessibility of various types of health care services to all regions and categories of people, it is CAC's belief, as clearly set out in the policy statement on consumers and health care, that Canadians should have equal access to health care regardless of their economic status, sex, age, creed, ethnic origin and location. Unfortunately, adequate health services are not always available to those communities living in rural areas. Other times, the services are available but not utilized for any number of reasons. We must provide incentives for professionals to locate in rural areas to ensure that there is universality in our health care system. Educational programs are needed to remove the mystique surrounding the health profession, especially among natives.

Communities should be encouraged to become more involved in the planning of their health system to meet their particular needs. Rural hospitals should be encouraged and supported in providing diversified services to meet the needs of their community.

[Texte]

À titre d'exemple, il existe un besoin de services de traduction pour les personnes qui cherchent à recevoir des soins dans certaines collectivités desservant un grand nombre d'autochtones, d'immigrants et de membres des minorités culturelles. Les groupes d'entraide indigènes et le soutien des bénévoles doivent être encouragés.

Il est important d'éduquer les jeunes en matière de soins de santé dès l'âge le plus tendre; cet aspect devrait faire partie intégrante du programme d'étude, du jardin d'enfance à la douzième année. Il faudrait faire l'essai, dans le réseau scolaire, des mécanismes de conseils par les pairs.

Dans notre exposé écrit, nous rappelons qu'il est essentiel que tout programme de promotion de la santé et de prévention des maladies ciblé sur un groupe défavorisé soit précédé par des programmes sociaux offrant un revenu suffisant pour que ces personnes puissent se loger et se nourrir adéquatement.

Les campagnes de promotion des soins de santé et de prévention des maladies doivent être financées généreusement et réparties de façon avisée pour être efficaces.

Il est évident que la disponibilité des fonds influe sur la répartition dans le secteur des ressources humaines. Il est important que soient évalués les coûts et les avantages de l'utilisation de fournisseurs appropriés au lieu de médecins pour offrir des soins aux gens en santé. Chaque discipline doit accepter la responsabilité d'informer les consommateurs dans son domaine précis de compétence pour permettre à ceux-ci de choisir des services correspondant à leurs besoins lorsque l'accès direct est possible. Ces praticiens devraient pouvoir prendre des décisions sur la nécessité de services non médicaux en consultation avec les consommateurs. Grâce à des études de rentabilité menées avec la participation des consommateurs, on pourrait évaluer l'avantage d'élargir les services de soins de santé aux services professionnels non médicaux.

Ms Jones: In conclusion, CAC would like to emphasize above all that the health care system must respect the elderly person's right to choose the type of care appropriate to their needs and the system has a responsibility to the elderly consumer to provide alternative service and facilities of care.

The Consumers' Association of Canada wishes to reiterate the consumers' right to participate in decision-making at all levels of the health care system. We consider that consumer participation, health prevention, and promotion, as well as education, will provide the long-term solution to the stabilization of health care costs.

We have been brief in our oral presentation because we look forward to the discussion with you.

The Chairman: Thank you very much, Ms Jones. We do appreciate that and the fact that you provided us with a submission to which members had access prior to the meeting. We will have time for questioning, and do thank you very much for the submission you have provided to the committee this morning.

[Traduction]

For instance, translation services for the individuals seeking treatment are required in some communities serving a large number of natives, immigrants and cultural minorities. Indigenous self-help groups and volunteer support should be encouraged.

Educating young people about health care from an early age is very important and should be an integral part of the curriculum from kindergarten to grade 12. Use of peer group counselling in the school system should be tested.

In our written submission, we emphasize that it is essential that any health promotion and disease prevention programs directed to a disadvantaged group be preceded by social programs which provide sufficient income for adequate food and shelter.

Campaigns to promote health care and disease prevention must be generously funded and widely distributed if they are to be effective.

It is clear that the availability of funding affects distribution in the human resources sector. It is important that costs and benefits of using appropriate providers in place of physicians to provide well-person care should be assessed. Each discipline should accept responsibility to inform consumers of its particular area of expertise to enable the consumer to select the service appropriate to his or her need when direct access is possible. Such practitioners should be able to make decisions concerning the need for non-medical services in consultation with the consumer. Cost-benefit studies, with consumer involvement, would assess the desirability of extending coverage to non-medical professional services in the health care services.

Mme Jones: En terminant, l'ACC aimerait surtout rappeler que le réseau des soins de santé doit respecter le droit des personnes âgées de choisir le type de soins correspondant à leurs besoins et que le système a, envers le consommateur âgé, la responsabilité d'offrir des solutions de soins appropriés.

Nous voulons rappeler le droit du consommateur de participer au processus décisionnel, à tous les niveaux. Nous estimons que la prévention et la promotion de la santé seront, à longue échéance, les véritables moyens de stabiliser les coûts des soins de santé.

Nous n'avons présenté qu'un bref exposé dans l'espoir d'avoir plus longtemps pour discuter de la question avec vous.

Le président: Merci beaucoup, madame Jones. Nous vous en remercions. Nous voulons également vous remercier de nous avoir fourni un exemplaire de votre mémoire qu'ont pu consulter les députés avant la réunion. Nous aurons maintenant le temps de passer à la période des questions. Je tiens à vous remercier de votre exposé ce matin.

[Text]

• 1035

As I said earlier, we have been holding hearings for some time. We are getting a good cross-section of views of Canadians. We have attempted to get the views of all facets relative to the health care system in Canada. Certainly your testimony provides us with another option that we can look at as members of this committee when we develop the report.

Mrs. Clancy: Thank you very much, Ms Jones and the Consumers' Association of Canada, for your presentation.

You propose that rural hospitals could offer a wider range of services. Obviously, there is a cost factor involved in smaller hospitals offering a wider range of service, and this may or may not be possible in the current climate. Have you looked into some of the travelling clinic ideas that seem to work? Now, what works in a small province like Nova Scotia may not be easily adapted to the larger rural areas. For example, there are the well women clinics and well baby clinics that travel the province. There is another clinic for children with neurological disorders that goes to four or five different centres. Do you see this as sufficient? Or do you think the larger role played by the currently constituted hospitals is a better idea in the long run?

Ms Jones: We were not thinking of particularly specialized services in rural hospitals. Rather, we wanted rural hospitals to be imaginative; for instance, the use of mobile services, as you are suggesting.

Specifically one of the suggestions that came to us was rural hospitals providing day centres for the elderly. This fits in with the concern about respite care, to give support to the family and informal care-givers.

So we are not talking about high technology services in the rural areas. We are talking about various support services which can be provided without a lot of facilities. We focused our submission in response to your questions and also because I think the whole country is concerned about the impact of the aging population on the system. We looked at facilities which rural hospitals might provide to help keep elderly people in the communities that they know and near their families. We encounter great ideas as we go across the country, but those initiatives must be spread around so that people know about them.

Mrs. Clancy: In other words, communication of the different theories from different regions.

Perhaps you could comment on the idea of some of these travelling clinics in some of the larger provinces. Do you think they would be adaptable? In the past year I have seen a lot of Canada and I realize just how large and spread out it is.

Ms Jones: When you say larger, do you mean more densely populated? I am from Ontario so—

[Translation]

Comme je l'ai dit plus tôt, nous tenons des audiences depuis déjà un bon moment. Nous avons entendu l'opinion de groupes représentatifs de la population canadienne. Nous avons essayé d'obtenir des opinions sur tout ce qui touche au secteur des services de santé au Canada. Votre témoignage nous présente un nouveau point de vue dont nous tiendrons compte lors de la rédaction de notre rapport.

Mme Clancy: Je tiens à remercier M^{me} Jones et l'Association des consommateurs du Canada de leur présentation.

Vous suggérez que les hôpitaux ruraux offrent une plus vaste gamme de services. Évidemment, toute modification entraînera des coûts, et, dans la conjoncture économique actuelle, un tel projet pourrait ne pas être possible. Avez-vous étudié les cliniques médicales itinérantes? Ce genre de clinique fonctionne bien dans une petite province comme la Nouvelle-Écosse; cependant, il ne serait peut-être pas possible d'adapter ce système aux plus grandes régions rurales. Par exemple, il y a des services mobiles de consultations gynécologiques et de consultations pédiatriques dans la province. Il y a une autre clinique, pour les enfants qui ont des troubles neurologiques, qui visite quatre ou cinq centres différents. Pensez-vous que ça suffit? Pensez-vous plutôt qu'à long terme le rôle des hôpitaux officiels est plus important?

Mme Jones: Nous ne pensions pas à des services spécialisés dans les hôpitaux ruraux. Plutôt, nous voulions que les hôpitaux ruraux fassent preuve d'imagination; par exemple, qu'ils se servent de services mobiles, comme vous le proposez d'ailleurs.

Plus précisément, on nous a proposé par exemple que les hôpitaux ruraux offrent des centres de jour pour les personnes âgées. Cela revient à notre préoccupation à l'égard des soins de répit; cela représenterait une forme d'appui supplémentaire pour la famille et les fournisseurs de soins informels.

Il ne s'agit pas dans les régions rurales de services faisant appel à des techniques de pointe. Nous proposons plutôt divers services de soutien qui peuvent être offerts sans qu'on ait besoin de trop d'installations. Dans notre mémoire nous avons parlé surtout des questions que vous avez soulevées dans votre document. Je pense également que le pays tout entier se préoccupe de l'incidence qu'aura le vieillissement de la population sur le système. Nous avons étudié les services que pourraient offrir les hôpitaux ruraux, des services qui permettraient aux personnes âgées de demeurer dans la collectivité qu'elles connaissent bien, de demeurer près de leurs familles. Lorsque nous avons visité le pays, on nous a proposé toutes sortes de bonnes idées. Cependant, ces initiatives doivent être rendues publiques, pour que les gens soient au courant de la situation.

Mme Clancy: En d'autres termes, il devrait y avoir un échange d'idées entre les diverses régions.

Que pensez-vous du rôle des services mobiles de consultation dans certaines des plus grosses provinces? Pensez-vous que ce service serait adaptable? Au cours de la dernière année, j'ai visité le pays, et je suis devenue consciente de la superficie extraordinaire du Canada.

Mme Jones: Lorsque vous dites des plus grosses provinces, pensez-vous à celles qui ont plus de population? Je viens de l'Ontario et. . .

[Texte]

Mrs. Clancy: No. What I mean is great distances between even small population centres. I come from a province which has 800,000 people in a fairly small land mass. It is only 70 miles across from the Bay of Fundy to the Atlantic Ocean and only 400 miles north-south. But it is obviously a very different proposition in other—for example, it is even different in New Foundland. There is much more isolation and much longer distances.

Ms Jones: I think there is a problem of transportation, certainly in Ontario, in getting the person who needs care to the clinic. Therefore, it is a great idea for the clinics to come to the population. In the heavily populated southwestern Ontario area it can mean a drive of 45 miles to the central hospital. If it is for a simple test, or if you are looking at well-baby care and well-elderly care, it could be provided through mobile clinics. The individual—the mother or the elderly person's care-giver—would not be faced with the challenge of transporting the person for a minor but very important procedure such as immunization.

• 1040

Ms Langan: Picking up on that, my party did a report on health care in northern Ontario which indicated that some people have to drive five hours for psychiatric health care. It is not a pretty sight or a pretty thought to have to face that, as people who are in need of health care.

I want to go off on a different tack. In the "Policy Statement on Consumers and Health Care" you note under number 36 a reference to trade agreements. Is your organization still worried about the move to privatize Canadian health care as a result of the Free Trade Agreement? Are you seeing evidence of that? I have a couple of other questions.

Ms Jones: I cannot produce an instance where it has been reported to us that an action had been taken. It is certainly an area that the council is monitoring very closely. We hear of initiatives that I think we are going to see developed.

Ms Langan: In the direction of privatization of health care?

Ms Jones: We are just watching. There is much discussion of it and you had discussions earlier this morning too. You do not discuss the health care system without this being presented as one of the alternatives. We are quite concerned about it.

Ms Langan: In terms of who should be covered—I am talking about the practitioners now—who should be part of the milieu of the health care delivery? For example, in British Columbia and I think Ontario, massage therapists are included while in other provinces they are not. Those kinds of things. What is your view for example on midwifery, and alleviating some of the costs in terms of health centres?

[Traduction]

Mme Clancy: Non. Je pensais aux grandes distances qu'il y a entre les petits centres de population. Je viens d'une province où il y a 800,000 habitants dans une superficie assez limitée. Il n'y a que 70 milles entre la baie de Fundy et l'océan Atlantique, et que 400 milles entre le point le plus au nord et le point le plus au sud. Mais les choses sont vraiment très différentes dans les autres provinces, même à Terre-Neuve, par exemple. Les collectivités sont beaucoup plus isolées et les distances sont beaucoup plus grandes.

Mme Jones: Il existe un problème de transport, particulièrement en Ontario. Il est difficile d'amener la personne qui a besoin de soins à la clinique. Il est donc une bonne chose que des cliniques mobiles se rendent dans ces localités. Dans la région fortement peuplée du sud-ouest de l'Ontario, on se trouve quelques fois à 45 milles de l'hôpital central. Si c'est pour un simple test ou s'il s'agit de puériculture ou des services de mieux-être pour les personnes âgées, tout cela peut être fourni par des dispensaires mobiles. L'intéressé—la mère ou la garde-malade de la personne âgée, éviterait ainsi d'emmener l'enfant ou la personne dont elle s'occupe à l'hôpital pour une intervention mineure et néanmoins très importante comme une immunisation.

Mme Langan: À ce sujet, mon parti a publié un rapport sur les services de santé dans le nord de l'Ontario. Nous y indiquons que certains sont obligés de faire cinq heures de voiture pour aller voir un psychiatre. Ce n'est certainement pas l'idéal quand on a besoin de soins.

J'aimerais maintenant passer à autre chose. Dans votre «Enoncé de principes sur les consommateurs et les soins de santé», vous faites allusion au numéro 36 aux accords commerciaux. Votre organisation s'inquiète-t-elle toujours de la tendance à la privatisation des services de santé canadiens suite à l'Accord du libre-échange? Avez-vous certains exemples? J'aurais encore une ou deux autres questions à vous poser.

Mme Jones: Je ne puis vous citer d'exemple où l'on nous ait signalé la chose. Par contre, le conseil surveille cela de très près. On a entendu parler d'un certain nombre d'initiatives qui risquent d'aboutir.

Mme Langan: Dans le sens de la privatisation des services de santé?

Mme Jones: Nous surveillons. On en discute beaucoup et vous en avez également parlé ce matin. On ne peut plus discuter de services de santé sans que cela soit présenté comme une des solutions. Cela nous inquiète beaucoup.

Mme Langan: Maintenant, j'aimerais savoir qui devrait faire partie des services de santé et je pense là aux différentes professions. Par exemple, en Colombie-Britannique et, si je ne m'abuse, en Ontario, les kinésithérapeutes sont inclus dans ces services alors qu'ils ne le sont pas dans d'autres provinces. Qu'en pensez-vous pour les sages-femmes, par exemple, est-ce que cela ne permettrait pas d'alléger certains coûts dans les centres de santé?

[Text]

In British Columbia we have Every Woman's Health Centre. There has been quite a controversy and debate about whether or not the government should be funding a private health centre that is offering a service that no other agency is offering. Those are two questions—midwifery and an agency like a women's health centre.

Ms Jones: The association has supported community health centres and the idea of access to different health professionals at one site, working together, and committed to the holistic view of health that was discussed earlier this morning.

We do not have a precise statement in relation to midwives, but it is consistent with our approach to the valuable contribution that specialists in different areas can make to the health care system. These contributions may provide the service at a lower cost. Midwives, nutritionists, social workers and psychologists have important contributions, essential contributions to the health care system, and they have more expertise in these areas than physicians. You referred to psychiatric patients, but the family and individual counselling that social workers and psychologists do—with greater expertise than physicians—could relieve some of these pressures.

• 1045

Ms Langan: A couple of times you have mentioned health care for the elderly. One of the suggestions we have been hearing is more integration of health care into community centres and other places where older Canadians should be encouraged to go, just for getting out and around, and it may in fact be a way to encourage them, if they see their doctor and find the other activities that are available. Is that something your organization would encourage and support?

Ms Jones: That is what we referred to in that kind of centre when we spoke of the wellness centres.

Ms Langan: I just wanted to be sure.

Ms Jones: You would have activities that would support the health of the individual as a social being and also have the traditional medical services available. I think we are on the same wavelength.

Ms Langan: Right. I am going to have to apologize too, because I am the Whip for my party, and I have to be in the House by 11 a.m. I may leave before you are finished, but thank you.

Mr. Halliday: I want to welcome our members from the CAC here today. As a member of your association, I am interested to see you participating in this particular committee.

If I am not quoting your brief precisely, you do suggest that all Canadians should have equal access to services irrespective of demographic, socio-economic, geographic or cultural factors. We hear that kind of comment pretty often.

[Translation]

En Colombie-Britannique, nous avons *Every Woman's Health Centre*. Cela a suscité une belle controverse et l'on a beaucoup débattu de la question de savoir si le gouvernement devrait financer un centre privé qui offre un service que n'offre aucun autre organisme. Voilà donc mes deux questions, les sages-femmes et un organisme comme un centre de santé réservé aux femmes.

Mme Jones: L'association a toujours soutenu le principe des centres socio-médicaux et l'idée d'avoir accès à différents professionnels de la santé au même endroit, qui travaillent ensemble et qui considèrent la santé comme un tout, comme on le disait ce matin.

Nous n'avons rien déclaré de précis à propos des sages-femmes mais cela correspond à ce que nous disons sur la contribution précieuse que peuvent apporter des spécialistes dans différents domaines. Ce peut être une façon de diminuer les coûts. Les sages-femmes, les nutritionnistes, les travailleurs sociaux et les psychologues peuvent apporter des contributions importantes et essentielles au système général de santé et ils sont plus compétents dans ces matières que les médecins eux-mêmes. Vous parliez tout à l'heure de malades psychiatriques, mais l'orientation et les conseils que peuvent offrir les travailleurs sociaux et les psychologues aux familles et aux particuliers, mieux que ne le font les médecins, peuvent déjà nettement améliorer les choses.

Mme Langan: Vous avez fait allusion aux soins aux personnes âgées. Une des suggestions dont on nous a parlé est de mieux intégrer les services de santé aux centres socio-culturels et à d'autres lieux où les personnes âgées devraient être invitées à se rendre, simplement pour sortir se promener. En effet, si, quand elles vont voir leur médecin, elles découvrent d'autres distractions au même endroit, cela les encouragera à revenir. Est-ce quelque chose que vous favorisez également?

Mme Jones: C'est ce dont nous parlions lorsque nous parlions des centres de promotion du mieux-être.

Mme Langan: Je voulais simplement m'en assurer.

Mme Jones: On peut en effet envisager des centres où l'on pourrait pratiquer des activités sociales qui sont bonnes pour la santé, centres qui offriraient aussi les services médicaux traditionnels. Nous sommes là sur la même longueur d'onde.

Mme Langan: Oui. Je vais devoir vous prier de m'excuser aussi car, étant le whip de mon parti, je dois être à la Chambre pour 11 heures et je risque donc de m'en aller avant que vous n'ayez terminé. En tout cas, je vous remercie.

M. Halliday: Je souhaite la bienvenue aux membres de l'Association canadienne des consommateurs. Étant membre de votre association, je suis heureux de vous voir participer à nos délibérations.

Sans vous citer précisément, je crois que vous dites que tous les Canadiens devraient avoir un accès égal aux services, sans égard aux facteurs démographiques, socio-économiques, géographiques ou culturels. On entend ce genre de chose

[Texte]

You do not really believe it, because there is no way that everybody in the northern part of the country is going to get equal access. I think various briefs that we hear would have more credibility with this if that was not said, because I do not think it is at all even achievable. Would you agree with me?

Ms Jones: I think it is important that we say it, because that sets a goal to work toward. I think we should be addressing the problem of how they can exercise those rights and how the system can help them exercise those rights, but they have the right.

Mr. Halliday: Theoretically, yes, but it is probably unachievable.

Ms Jones: Yes.

Mr. Halliday: Traditionally in our health care system we have established different types of coverage, usually under some insurance scheme, that encourages people to leave their homes. For example, in the early days, when they first paid for X-ray services, you received that service if you went to a hospital and were admitted. You received that free. More recently, if you sent your old parents to a nursing home, you received that free. Would you favour financially supporting those people who look after the old folks at home, let us say?

Ms Jones: That is precisely what we spoke to in both our written and oral brief this morning when we said attention must be paid to encouraging elderly people to remain at home or in their own community for care. It can be more costly to the consumer if they remain in the community and certainly more costly for the family, who have the double financial cost of providing care. So the position we have taken is that there should be equal support for the care in the community as in the institution. That is the approach we have taken as far as it effects the expenditure of the consumer or his family.

Mr. Halliday: I guess what I am asking, though, is whether as governments we should be paying the care givers in the home. I understand the concept of home care by other professionals, because that has been well established. I agree with you that it has to be increased. Do we start a system whereby we will pay for a daughter to look after her mother and father at home rather than have them go to a nursing home? If you agree with that, what does your research tell us would be the rough cost of that?

Ms Jones: We have not addressed the cost, I have to say. We are saying that really there should be. If that daughter has to give up a job in order to give that care, it might be pretty costly to reimburse her, but it might be no more costly than for that elderly parent to be admitted to a nursing home. It might not be more costly to the system. So I would think this could be a very important part of a home care program. As you say, why pay someone else if there is a family member? They should not be disqualified for being the care-giver under the home care program.

[Traduction]

assez souvent mais on sait que vous n'y croyez pas vraiment car il est impossible que tout le monde dans le nord du pays puisse avoir aussi facilement accès à ces services que dans le reste du pays. Un certain nombre des mémoires gagneraient à mon avis en crédibilité s'ils ne contenaient pas ce genre de déclaration car je ne crois pas du tout que ce soit réalisable. N'êtes-vous pas d'accord?

Mme Jones: Il est toutefois important de le dire car c'est un objectif vers lequel nous devons tendre. Il faut se demander comment ces gens-là peuvent exercer leurs droits et comment le système peut les y aider car, ce droit, ils l'ont.

M. Halliday: Théoriquement, oui, mais pratiquement, c'est probablement impossible.

Mme Jones: En effet.

M. Halliday: Traditionnellement, dans notre système de santé, et habituellement par le biais des assurances, on encourageait les gens à quitter leur domicile. Par exemple, au début, si l'on avait besoin de se faire radiographier, on pouvait obtenir ce service gratuitement si on se faisait admettre à l'hôpital. Plus récemment, si l'on mettait ses parents âgés dans une maison de repos, c'était gratuit. Est-ce que vous seriez favorable à ce que l'on aide financièrement ceux qui s'occupent des personnes âgées à domicile, par exemple?

Mme Jones: C'est précisément ce que nous disons à la fois dans notre mémoire écrite et dans l'exposé que nous avons fait tout à l'heure quand nous préconisons d'encourager les personnes âgées à rester chez elles ou du moins près de chez elles. Cela est peut-être plus coûteux pour le consommateur, et en tout cas pour la famille qui offre ce service. Nous avons donc dit que l'on devrait apporter la même aide financière aux personnes âgées, qu'elles restent chez elles ou qu'elles soient mises en maison de retraite. Ce s'applique donc à l'intéressé ou à sa famille.

M. Halliday: Ce que je vous demande, en fait, c'est si les gouvernements devraient payer les garde-malades bénévoles à domicile. Je comprends lorsqu'il s'agit de professionnels, parce que c'est bien établi. Je comprends qu'il faut encourager davantage de monde à rester chez soi. Faudrait-il alors mettre sur pied un système qui permettrait de payer une fille qui s'occupe de ses parents à domicile plutôt que de les mettre dans un foyer? Dans l'affirmative, d'après vos recherches, qu'est-ce que cela coûterait en gros?

Mme Jones: Nous n'avons pas évalué cela, je dois dire. Nous disons simplement que cette compensation financière devrait être accordée. Si cette fille doit abandonner son travail pour s'occuper de ses parents, cela pourrait coûter très cher mais peut-être pas plus que de mettre ces personnes dans un foyer. Cela n'en coûterait peut-être pas plus cher au système. Cela pourrait donc être un élément très important d'un programme de soins à domicile. Vous avez raison, pourquoi payer quelqu'un d'autre s'il y a un membre de la famille qui peut le faire? Il n'y a pas de raison de disqualifier la famille dans le cadre d'un tel programme.

[Text]

[Translation]

• 1050

Mr. Halliday: I guess I am asking, though, should we be paying the daughter at home to look after her parents instead of paying for that in a nursing home.

Ms Jones: What I was trying to say is that, in an instance where that is the appropriate care-giver and there would be the cost, it would be difficult to have it so any family care-giver gets paid. That would, I think, raise a lot of problems in implementation of a program of that kind. But if the home care program was looking at the instance of Mrs. Jones looking after her 90-year-old mother, Mrs. Smith, then why not pay Mrs. Jones rather than pay someone else to look after her?

Mr. Halliday: The Canada Health Act as it is now set up has nothing in it that precludes provincial governments from paying for all these areas, to use your words, "appropriate providers", and there is a whole host of them. I wonder which ones you think should be covered that are not presently covered through the insurance system and roughly how much that would cost if we did what you think should be done by way of covering these other types of services.

Ms Jones: As you notice, we are asking for the cost-benefit analysis of replacing some of the services of physicians by the services of, as I suggested earlier, nutritionists, social workers, and psychologists, because it takes study to see whether there would be a difference in cost. We assert that we could see an improvement in the quality of the service.

Mr. Halliday: You certainly acknowledge that there will be increased costs for these various types of programs, which I think would be beneficial. As you say, you have not been able to ascertain what those costs would be. For example, what would it cost if we were to provide an annual income that was sufficient so that every Canadian could eat and live up to Canada's health rules, food rules? What would that cost? I do not presume you have that.

Ms Jones: No.

Mr. Halliday: Obviously there are going to be a lot of increased costs. What increase in taxation would the Consumers' Association of Canada endorse as being a responsible increase in taxation to provide for these various types of health care coverages that you recommend?

Ms Jones: Of course I will not be able to give you a percentage, but I can indicate from the feedback we have had from our association members across the country in preparing our submissions, and particularly from the attitude displayed at our annual general meeting two years ago when the Health Care Council was established, that there is great commitment on the part of the consumers for supporting the health care system so there is not erosion of coverage, so the service is available with no charge at point of delivery. We do have a sense that the health care system is so valued by Canadian consumers that they would be ready to pay more. Now, how much more I do not know, but those messages have come through clearly.

Mr. Halliday: Do you think if we indicated that the income from the GST was going to pay for the health system that everybody would fall head over heels for the GST?

M. Halliday: Ce que je demande, en fait, c'est si nous devrions payer la fille qui s'occupe de ses parents à domicile plutôt que de payer le foyer.

Mme Jones: J'essayais de dire que dans le cas où il est préférable que ce soit la fille qui s'occupe de ses parents et où cela entraîne des coûts, ce serait normal. Il serait évidemment difficile que chaque fois qu'un membre d'une famille s'occupe de quelqu'un, il se fasse payer. Cela pourrait poser des tas de problèmes. Mais si le programme de soins à domicile considérait le cas de M^{me} Jones qui s'occupe de sa maman de 90 ans, M^{me} Smith, pourquoi ne pas payer M^{me} Jones plutôt que quelqu'un d'autre?

M. Halliday: Il n'y a rien à l'heure actuelle dans la Loi canadienne sur la santé qui empêche les gouvernements provinciaux de payer tout cela, de payer, comme vous le disiez, ceux qui sont le mieux placés pour fournir le service et il y en a des tas. Quels sont ceux qui à votre avis devraient être couverts et qui ne le sont pas par le système d'assurance et combien cela coûterait-il en gros si nous faisons ce que vous préconisez et couvrions ces autres types de services?

Mme Jones: Vous savez que nous demandons que l'on analyse la rentabilité de remplacer certains des services de médecins par des services, comme je le disais tout à l'heure, de nutritionnistes, de travailleurs sociaux et de psychologues. Nous pensons que cela pourrait en effet améliorer la qualité du service. Reste à voir quelle serait la différence de coûts.

M. Halliday: Vous reconnaissez certainement que ces divers types de programmes qui seraient certainement bénéfiques vont coûter cher. Vous dites que vous ne savez quels en seraient les coûts. Par exemple, qu'en coûterait-il de garantir un revenu annuel qui permettrait à chaque canadien de manger selon les normes de santé et d'alimentation du Canada? Qu'est-ce que cela coûterait? Je suppose que vous ne le savez pas.

Mme Jones: Non.

M. Halliday: Il est évident que cela va beaucoup augmenter les coûts. Quelle majoration d'impôt l'Association approuverait-elle pour offrir ce genre de services?

Mme Jones: Je ne puis évidemment pas vous donner de pourcentage mais je peux vous dire d'après les réponses que nous recevons de nos membres, partout au pays, lorsque nous préparons une prise de position, et en particulier après ce que nous avons entendu à notre assemblée générale annuelle il y a deux ans lorsque fut créé le Conseil des soins de santé, que les consommateurs sont tout à fait prêts à financer un système de santé qui permette d'offrir des services gratuits. Nous croyons que les consommateurs canadiens tiennent tellement à ce système qu'ils seraient disposés à payer davantage. Je ne sais pas combien mais c'est ce qui est ressorti de nos consultations.

M. Halliday: Pensez-vous que si nous disions que les recettes de la TPS allaient permettre de payer le système de santé, tout le monde accueillerait la TPS à bras ouverts?

[Texte]

Ms Jones: Maybe not—

Mr. Halliday: We have a member of the GST committee here beside me. I know that he would be interested to hear the answer on that.

The Chairman: Unfortunately the GST would not raise enough, I guess, if we were to target the funds from that directly to health care. If you look at the existing transfers then we have to depend on other sources, but it may well be something that has to be considered in the future.

Ms Phinney (Hamilton Mountain): Thank you for your presentation. I like the way your emphasis was towards alternative care, especially for the seniors. I have over 27,000 in my riding, and certainly every one I have spoken to, unless they are in very dire straits, would rather not go to the hospital. They would rather have care at home or go to a clinic.

• 1055

We had somebody here in committee before from the hospital in Victoria where they have moved a lot of the care out to the community. They did it by getting permission from their provincial government when their costs went down in the hospital because of this; they took that money and put it out in the community. Is that how you see this being paid for? They have a certain area, physical area, and if the dollars are not used in the hospital, he has permission to send it out. How would that work across Canada? How would you see it being paid for?

Ms Jones: That is precisely why we referred to the Victoria project in our submission. It was brought to our attention as operating well by our CAC liaison.

Ms Phinney: And not costing more.

Ms Jones: Her emphasis was on the quality, because she lives in that community and she is a senior herself. I have heard some other presentations about the Victoria project. That is why we suggest that other communities should look at it as a model to see if it can be adapted to their community.

This is what I was trying to emphasize in responding to Dr. Halliday's question. Using the other health professionals, using them appropriately and using them in the community should reduce overall costs, but we have to look at trial projects. Victoria is providing us with a good model.

Ms Phinney: Have you had a chance to go anywhere else? I suppose you would not have had the chance. The witness we had earlier... where you could go over to Japan and see how their system works. I presume they are working with children under six and it sounds as though their emphasis would be on the community rather than on the hospitals. Do you have any idea?

Ms Jones: It is. I knew the Swedish system in the early 1970s and was impressed at that point with how they were keeping their elderly in the community. They did have mobile units going to people in the community, including the doctor service that answered the calls.

I think we can look at a lot of other models where people have been successful in keeping the elderly in the community.

[Traduction]

Mme Jones: Peut-être pas...

M. Halliday: Nous avons ici un membre du comité de la TPS. Je suis sûr que votre réponse à ce sujet l'intéresserait.

Le président: Malheureusement, la TPS ne rapporterait pas suffisamment pour financer des services de santé. Si vous considérez les transferts actuels, il est évident qu'il nous faut dépendre d'autres sources mais on pourra peut-être tout de même envisager la chose.

Mme Phinney (Hamilton Mountain): Merci de votre contribution. J'ai beaucoup apprécié que vous insistiez sur les autres formes de soins, en particulier pour les personnes âgées. J'en ai plus de 27,000 dans ma circonscription et tous ceux à qui j'ai parlé, sauf si cela va très mal, préféreraient beaucoup ne pas aller à l'hôpital. Ils préféreraient recevoir les soins à domicile ou se rendre au dispensaire.

Nous avons reçu quelqu'un de l'hôpital de Victoria dont beaucoup de services sont maintenant offerts à l'extérieur de l'hôpital. L'hôpital a obtenu la permission du gouvernement provincial lorsqu'il a montré que cela diminuait ses coûts; l'argent ainsi économisé pouvait être utilisé dans les différents quartiers. Est-ce la façon dont vous pensez que cela pourrait être financé? Dans une certaine zone géographique, si un certain budget n'est pas utilisé à l'hôpital, il peut être utilisé à l'extérieur. Qu'est-ce que cela donnerait dans le reste du Canada? Comment pensez-vous que cela pourrait être financé?

Mme Jones: C'est justement pourquoi nous avons cité l'exemple de Victoria. Notre agent de liaison à Victoria nous a signalé que cela marchait bien.

Mme Phinney: Et cela ne coût pas plus cher.

Mme Jones: Elle nous a surtout parlé de la qualité parce qu'elle vit là-bas et qu'elle est elle-même âgée. J'ai entendu d'autres personnes parler de cet exemple et c'est la raison pour laquelle nous suggérons que d'autres regardent ce modèle pour voir s'il ne pourrait pas être adapté à leur cas particulier.

C'est ce que j'essayais de dire lorsque je répondais à M. Halliday. En faisant appel à d'autres professionnels de la santé, en les utilisant à bon escient et en dehors des hôpitaux, on peut diminuer les coûts généraux. Il faut toutefois examiner les essais qui ont été faits à certains endroits. Victoria nous donne un bon exemple.

Mme Phinney: Avez-vous eu l'occasion d'aller ailleurs? Probablement pas. Le témoin que nous avons entendu avant vous... a suggéré d'aller voir au Japon comment fonctionne le système. Si j'ai bien compris, on s'occupe des enfants de moins de six ans et on insiste davantage sur les possibilités qu'offre le milieu que sur les hôpitaux. Qu'en pensez-vous?

Mme Jones: Je connaissais le système suédois du début des années 70 et j'étais très impressionnée par le fait que les Suédois arrivaient à garder les personnes âgées dans leur milieu social. Il y avait des dispensaires mobiles qui allaient voir les gens à proximité de chez eux et il y avait même un service de médecins.

On pourrait examiner des tas d'autres modèles qui permettent de s'occuper des personnes âgées autrement que dans des foyers.

[Text]

Mr. Axworthy: I want to say how much I appreciate not only your presentation, but in fact—unlike the comment that Dr. Halliday made—your comment about the right to equal access to health care, regardless of all the conditions in which people find themselves.

If we do not have goals like that, very soon we will not be working in that direction in any meaningful way. I think we are already seeing erosions of accessibility and quality in our systems for all sorts of reasons, but if we do not have that as an objective, as a goal, we certainly will not move along the route to achieving it. There are certainly examples, and you have mentioned some ways in which we can make meaningful developments with regard to more equal accessibility.

In my province, which is largely a rural province, Saskatchewan, it is a matter of some concern to us how we do address those many people who live in rural areas and do not see why they should be relegated to a second-class health care system.

I wonder if I could concentrate on a couple of points over which you have some expertise but other people do not. That is in particular with regard to the participation of users in the health care system.

Our role is to try to make recommendations about the federal government's role in health care. You heard the discussion about some method for co-ordinating or directing the system, suggestions for setting priorities. How do you envisage, at more than one level, the participation of health care users in the direction the health care system might take and also at the micro-level in terms of delivery to the actual user?

Ms Jones: We will start with the federal, because in our policy statement we indicate our support for the idea of a national health council. That was raised earlier this morning.

We make the particular point in our resolution for a national health council that the majority of the members of the national health council be consumers, because we are very aware of the problems of turfdom of the various professions involved in the health field.

• 1100

Then provincially, actually Ontario does have a kind of model in the Premier's Health Council. It sure has not waited for consumers, however. But I think it would be appropriate for each province to have a similar council, because our Premier's Council in Ontario has produced some good material, helpful for us all.

At the regional level we do have regional or district health councils, as they are called in Ontario, and they are supposed to be doing the overall planning. Again, in the Ontario model there is minority consumer involvement. I think consumers could and should be more active in the district health councils, but in part, I guess, even if they are physically present in substantial numbers so that it is not the one token consumer, they can be overwhelmed by the expertise of the medical profession. We refer to that mystique but we really are having to change consumer attitudes so that they feel their opinion is valid and needs to be heard.

[Translation]

M. Axworthy: Je dois dire que je suis très heureux non seulement de votre exposé mais du fait que contrairement à ce que disait M. Halliday, vous déclariez que tous les Canadiens ont le droit de bénéficier de services de santé accessibles à tous, quelle que soit la situation dans laquelle ils se trouvent.

Si nous n'avons pas d'objectifs de ce genre, nous risquons très vite de ne plus oeuvrer vraiment dans ce sens. Nous voyons déjà que nous perdons sur l'accessibilité et la qualité pour toutes sortes de raisons et si nous n'avons pas comme objectif de rendre ces services aussi accessibles à tous, nous n'y parviendrons certainement jamais. Il y a certainement moyen, et vous avez donné quelques exemples, de rendre les services plus accessibles.

Dans ma province, qui est essentiellement rurale, puisqu'il s'agit de la Saskatchewan, on se demande comment atteindre tous ces gens qui vivent dans des régions rurales et qui ne voient pas pourquoi ils devraient se contenter d'un système de santé moins bon que les autres.

J'aimerais revenir sur un certain nombre de points que vous connaissez mieux que d'autres. En particulier sur la participation des usagers au système de santé.

Nous devons présenter des recommandations sur le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. On a parlé de coordonner ou d'orienter le système, de fixer certaines priorités. Comment envisagez-vous, à plus d'un palier, la participation des usagers des services de santé à l'orientation du système lui-même et des services offerts aux usagers?

Mme Jones: Commençons par le palier fédéral parce que dans notre énoncé de principes, nous signalons que nous appuyons l'idée d'un conseil national de la santé. On en a parlé également ce matin.

Nous préconisons que la majorité des membres de ce conseil soient des consommateurs car nous sommes très conscients des problèmes de jalousie entre les différentes professions liées à la santé.

En fait, l'Ontario possède déjà une sorte de modèle, le Conseil de la santé du premier ministre. Cela dit, on a certainement pas attendu les consommateurs. Mais à mon avis, toutes les provinces auraient intérêt à mettre sur pied un conseil de ce genre car celui que nous avons en Ontario a fait du bon travail et nous a fourni des indications et une documentation très utiles.

Au niveau régional nous avons les conseils de la santé régionaux ou de districts, c'est ainsi qu'on les désigne en Ontario, qui, en principe, se chargent de la planification générale. Là encore, et je parle toujours de l'Ontario, la participation des consommateurs est minime. Ceux-ci pourraient et devraient participer plus activement aux travaux des conseils de districts et un consommateur de service ne suffit pas, il faudrait qu'ils soient en nombres suffisants pour ne pas se laisser impressionner par les médecins et par leur expertise. Il y a de vieux préjugés, mais il faut absolument changer l'attitude des consommateurs et leur faire comprendre que leur opinion est valable et qu'elle mérite d'être exprimée.

[Texte]

Certainly at the micro-level, at the face to face, again we are trying to educate and support consumers to take an active role in the decision making about what is going to happen. This is why we take such a strong position in relation to the elderly. It is only a very small percentage of the elderly who are not competent to make decisions about their own health. But as you hear of how assessments are made, and how they are delivered like packages to different institutions, as you were suggesting against their own choice, that is a very vital role, but it means we have to have more assertive consumers who are ready to be informed.

I think there is reason to be encouraged because the baby-boom generation is quite accustomed to asserting itself. I have heard the health professionals talk about the difference they see in the approach of that generation of consumers when they come in for their health care. They want to know and they want to know why this or that procedure is being suggested, why this or that medication is being given. That is the ideal.

Mr. Axworthy: You made a point that I think is not made enough, and that is with regard to health promotion and health education programs, that we have to understand that those people who are inadequately housed and inadequately fed are going to be seriously affected. Their long-term objectives are going to be rather short term in the overall scheme of things and that tomorrow is a rather long-term problem. You pointed out that we need to make sure that we have adequate housing, adequate nutrition, and deal with the poverty question before we can have effective promotion of education programs.

Why do you think governments are taking such a short-sighted view of this problem? I think you agree that it is an investment in the future, that if we do not have both promotion and education and adequate housing and nutrition, that we are undermining our ability to live as a community and also as an economy. Why do you think we are seeing such a short-sighted approach on the part of governments, on the part of all governments?

Ms Jones: It means they are accepting responsibility for the future. I do not know whether that is a saleable policy when you are electioneering or not, but I am puzzled as to why we do not devote far more of our resources across the board to our children.

Mr. Axworthy: With 1.25 million children living in hunger in Canada.

Ms Jones: That is right. It is mind-boggling is all I can say.

Mme Roy-Arcelin: Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, mesdames Jones, Dalzell et Thompson, bienvenue à notre Comité; je vous félicite aussi pour votre mémoire.

[Traduction]

Quant aux relations directes entre les consommateurs et la profession médicale, les relations à la base, nous essayons d'éduquer les consommateurs et de les encourager à participer activement aux décisions qui les concernent. Pour cette raison nous avons une position bien arrêtée en ce qui concerne les personnes âgées. Un très faible pourcentage des personnes âgées n'ont pas la compétence voulue pour prendre des décisions au sujet de leur propre santé. Mais quand on sait comment les évaluations sont faites, et comment les personnes âgées sont placées sans formalités dans les institutions, contre leur propre volonté comme vous l'avez dit vous-même, on voit à quel point il est important de convaincre les consommateurs de s'informer et de mieux imposer leur volonté.

Ce qui est encourageant c'est que la génération du *baby-boom* n'hésite pas à imposer sa volonté. Les professionnels de la santé constatent une différence considérable entre l'attitude de cette génération de patients et celle de la génération qui l'a précédée. Ils veulent savoir, savoir pourquoi on leur propose telle ou telle procédure, pourquoi on leur donne tel médicament. Voilà l'attitude idéale.

M. Axworthy: À propos de la promotion de la santé et des programmes d'éducation vous avez dit une chose sur laquelle on n'insiste pas suffisamment à mon avis, la nécessité de comprendre que les gens qui sont mal logés et mal nourris vont être sévèrement touchés. Quand on considère les problèmes futurs à long terme, les objectifs à long terme de ces gens-là vont forcément passer au second plan. Vous avez dit qu'il fallait s'occuper des problèmes de logement et de nutrition, et s'occuper des problèmes de pauvreté en général avant de pouvoir mettre en place des programmes de promotion et d'éducation efficaces.

À votre avis, pourquoi les gouvernements se contentent-ils d'aborder le problème dans l'immédiat? Vous savez bien que la promotion et l'éducation en matière de santé, le logement et la nutrition sont des investissements à très long terme et qu'en adoptant cette politique à court terme, nous portons atteinte à la vie future de la communauté et à son économie. Pourquoi les gouvernements refusent-ils tous de voir le problème à long terme?

Mme Jones: Autrement dit, ils acceptent la responsabilité pour l'avenir. Je ne sais pas si c'est une politique acceptable en période électorale, mais j'ai du mal à comprendre pourquoi nous ne consacrons pas une plus grande proportion de nos ressources à nos enfants, par exemple.

M. Axworthy: Il y a au Canada 1,25 million d'enfants qui ont faim.

Mme Jones: Exactement. C'est tout à fait renversant.

Mrs. Roy-Arcelin: Thank you, Mr. Chairman.

First of all, I welcome Mrs. Jones, Dalzell and Thompson to our committee. I want to congratulate you on your brief.

L'Association réclame un programme de soutien financier plus élevé afin de donner aux pauvres, aux immigrants et aux autochtones la possibilité de recourir à des services de soins de santé non assurés. Il semble que les régimes de soins de

The Association wants to see financial support enhanced in order to give the poor, immigrants and natives access to non-insured health care. It seems that provincial health care systems are not quite attuned to the real needs of these

[Text]

santé provinciaux ne répondent pas tout à fait aux besoins réels de ces personnes. À quelle gamme de services non assurés pensez-vous? Quelle forme, selon vous, devrait prendre ce programme de soutien financier?

Mme Dalzell: Premièrement, comme monsieur de l'Université de Montréal, nous pensons qu'il faut décentraliser les coûts des soins de santé qui devraient être plus accessibles sur le plan de l'éducation, des soins en général, etc., et cela dès le bas âge. C'est une oeuvre de longue haleine, je le sais, mais on devrait penser à aller dans ce sens.

Mme Roy-Arcelin: Je suis d'accord à 100 p. 100 avec ce que vous me dites, mais lorsque l'on parle de régime de soins de santé, on va un petit peu plus loin, évidemment. Il est certain que la base c'est l'éducation de tous, mais au départ, surtout en ce qui concerne les immigrants et les autochtones, quand il s'agit donc de d'autres cultures, et sans doute vous placez-vous au plan culturel, il y a des approches différentes quant à cesdits soins de santé. C'est ce que j'ai cru comprendre; mais je voudrais avoir plus de détails en ce qui concerne les soins de santé non assurés.

Mme Dalzell: Nous savons que l'on ne peut pas immédiatement aller chercher des sommes d'argent pour ces besoins-là. Mais si on devait revoir «l'assiette financière» de la santé, on devrait prévoir assez d'argent pour couvrir tout cela, parce que c'est la base. Si on ne peut pas couvrir l'éducation, le bien-être de chacun, eh bien, on arrive exactement où nous en sommes maintenant, à savoir que les hôpitaux sont congestionnés. Voyez les salles d'urgence, par exemple. C'est ainsi que nous envisageons les choses et nous aimerions que cela se passe comme nous le proposons.

Mme Roy-Arcelin: Merci, monsieur le président.

Mr. Halliday: In response to the question from Ms Phinney, Ms Jones made reference to the Swedish system and spoke highly of the health care system there in the early 1970s. I think it is generally recognized that they have had an exemplary type of health care system. Indeed, their total welfare system has been well thought of over the years, and they were leaders in that area.

Of interest though is the fact that in 1980 they found they had to put into place a deductible charge on people who came to see their physician, and then three to four years ago they actually increased that by 100%. I can understand why. Because they had a very high total tax levy as it was, if they were going to maintain that kind of system they had to have more funds coming into it. So rather than increasing taxation, they required those who were able to pay to pay a certain amount more, with a cap on it.

I foresee us coming to that situation here in Canada. If we were to do all the things that your association thinks we should do, there is no way we could fund it out of taxation at all. We will have to get the private sector into it.

Since Sweden found reason to do it and was not criticized for doing it, do you think we should look at that as a serious alternative here, or as one mechanism to help fund our total system that we think we should have, including all these extra varieties that you speak of and additions that we need to have?

[Translation]

people. What type of non-insured services are you alluding to? What form should this financial support program take?

Mrs. Dalzell: First of all, like this gentleman from the University of Montreal, we believe that health care costs should be decentralized and that health care should be more accessible from a very young age and I am thinking of education as well as general health care. It is a long term commitment, I know that, but it is nevertheless the way to go.

Mrs. Roy-Arcelin: I agree 100% with what you say, but whenever health care systems are mentioned, it is a little more far-reaching, of course. Education for everyone is undoubtedly the cornerstone, but when you consider immigrants and natives and other cultures in general, you see that there are many approaches to health care. This is what I have discovered, but could you elaborate on non-insured health care?

Mrs. Dalzell: We know that it is impossible to find money right away for those needs. But if we were to reconsider the "financial base" of health, we should budget enough money to cover all this, precisely because it is the basis. When education and individual well-being are not covered, we get exactly what we have now, overcrowded hospitals. Think about emergency rooms, for example. That is how we see things and that is what we suggest.

Mrs. Roy-Arcelin: Thank you, Mr. Chairman.

M. Halliday: En réponse à une question de M^{me} Phinney, M^{me} Jones a parlé du système suédois et dit à quel point ce système était excellent au début des années 70. On reconnaît généralement que leur système de soins de santé est exemplaire. D'ailleurs, c'est l'ensemble de leur système de bien-être qui a évolué de façon exemplaire et c'est un domaine où ils ont véritablement ouvert la voie.

Cela dit, il est intéressant de noter qu'en 1980 ils ont été forcés d'imposer un déductible aux gens qui vont voir un médecin et il y a trois ou quatre ans ils ont doublé ce déductible. C'est facile à comprendre. En effet, les impôts étaient déjà très élevés et pour maintenir le système ils ont été forcés de trouver des fonds quelque part. Donc, au lieu d'augmenter les impôts, ils ont demandé à ceux qui pouvaient payer de payer un peu plus jusqu'à concurrence d'un maximum.

Nous pourrions fort bien en venir à cela au Canada. Si nous décidions de faire tout ce que votre Association réclame, ce serait impossible à financer uniquement à partir des impôts. Il faudrait que le secteur privé contribue.

Puisque la Suède a trouvé de bonnes raisons de le faire, puisqu'on ne l'a pas critiquée, ne pensez-vous pas que nous devrions étudier cette possibilité sérieusement, soit pour remplacer notre système de financement, soit pour contribuer au financement de tous ces services supplémentaires que vous réclamez?

[Texte]

Ms Jones: Do you differentiate between a deductible and a user fee?

Mr. Halliday: There they charge people so many kronas when they go into a doctor's office, and that was doubled about three years ago or two years ago. It is a user fee.

Ms Jones: I see it as a user fee. We are opposed to user fees, as I said, to there being a charge at the point of delivery of the service, of the care. We have no illusion that we are not paying for the service, whether by deductibles, user fees, taxes, or in any other way. We are simply saying we prefer the cost to be tax-based.

• 1110

Ontario has just moved to having the cost of health insurance covered by a tax on employers, as opposed to premiums. So we are making some progress.

The Chairman: I would like to thank the Consumers' Association, on behalf of the committee, for the testimony you have provided this morning. We sincerely thank you for your attendance. Your testimony will be taken into consideration when this committee prepares its report.

The meeting is adjourned.

[Traduction]

Mme Jones: Est-ce que vous faites une différence entre déductible et frais d'utilisation?

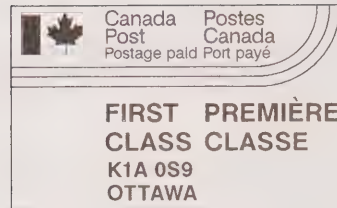
M. Halliday: Là-bas, les gens qui vont chez le médecin doivent payer tant de couronnes et cette somme a doublé il y a deux ou trois ans. Ce sont des frais d'utilisation.

Mme Jones: Je considère que ce sont des frais d'utilisation. Nous sommes contre les frais d'utilisation, comme je l'ai expliqué, nous sommes contre le fait de payer quoi que ce soit au moment de la prestation d'un service. Nous ne nous faisons pas d'illusion, nous savons que nous payons le service, qu'il s'agisse de déductibles, de frais d'utilisation, d'impôts ou d'autres choses. Simplement, nous préférons que cela passe par les impôts.

L'Ontario vient de remplacer les primes d'assurance-santé par une taxe imposée aux employeurs. C'est donc déjà un progrès.

Le président: Je tiens à remercier l'Association des consommateurs au nom des membres du comité. Nous vous remercions sincèrement d'être venu et de nous avoir apporté votre témoignage. Nous en tiendrons compte quand nous préparerons notre rapport.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 9:00 a.m.:

As individual:

André-Pierre Contandriopoulos, *Groupe de recherche interdisciplinaire en santé*, University of Montreal.

At 10:00 a.m.:

From the Consumers' Association of Canada:

Jean Jones, Chairperson of the Health Council;

Rachel Dalzell, Member of the Board of Directors and of the Health Council.

TÉMOINS

À 9 h 00:

À titre individuel:

André-Pierre Contandriopoulos, *Groupe de recherche interdisciplinaire en santé*, Université de Montréal.

À 10 h 00:

De l'Association des consommateurs du Canada:

Jean Jones, présidente du Conseil de la santé;

Rachel Dalzell, membre du Conseil d'administration et du Conseil de la santé.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 24

Tuesday, April 10, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 24

Le mardi 10 avril 1990

Président: Bob Porter

*Minutes of Proceedings and Evidence of the
Standing Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

*Procès-verbaux et témoignages du Comité
permanent de la*

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of
the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude
du régime de soins de santé au Canada et de son
financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION
FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, APRIL 10, 1990

(30)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 8:41 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stanley Wilbee.

Acting Member present: Christine Stewart for Paul Martin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Association of Optometrists: Dr. Thomas L. Adamack, President; Dr. Margaret Hansen-des Groseilliers, Secretary-Treasurer; Dr. M.E. Woodruff, Consultant; Gérard Lambert, Executive Director.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Thomas L. Adamack and Dr. M.E. Woodruff made statements and, with Dr. Margaret Hansen-des Groseilliers, answered questions.

At 10:08 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 10 AVRIL 1990

(30)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 8 h 41, dans la pièce 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Joy Langan, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin et Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Christine Stewart remplace Paul Martin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De l'Association canadienne des optométristes: M. Thomas L. Adamack, président; M^{me} Margaret Hansen-des Groseilliers, secrétaire-trésorière; M. M.E. Woodruff, consultant; Gérard Lambert, directeur exécutif.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

M. Thomas L. Adamack et M. M.E. Woodruff font des exposés puis, avec M^{me} Margaret Hansen-des Groseilliers, répondent aux questions.

À 10 h 08, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité
Clairette Bourque

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

[Texte]

Tuesday, April 10, 1990

• 0841

The Chairman: I call the meeting to order, as we have a quorum. Pursuant to Standing Order 108, the committee continues consideration of the health care system in Canada and the funding of that system.

Before I introduce the witnesses, some members have other commitments at various times and I think other members are coming, so I would ask that we maintain a quorum. For those of you on the subcommittee on agenda, we will have a meeting of that committee following this meeting.

In case some of you are leaving now, I remind you of the commitment this committee made with regard to the global warming conference, to be held on Monday and Tuesday following the break next week. Our portion of the conference will be on Tuesday morning. We would like as many of our members to attend at any time they can throughout the day. Should you require any additional information on that subject, it will come up later or you can contact me at my office.

The Canadian Association of Optometrists are with us and I would like to welcome all of you on behalf of the committee. As you are aware, we are undertaking a study of health care in Canada. We have heard a number of witnesses and will be completing a report during the fall relative to the evidence we have heard.

I would like to introduce Mr. Gérard Lambert, Executive Director, Canadian Association of Optometrists. For the benefit of our translators and to get your names on the record, would you please introduce the members of the association who are with you.

Mr. Gérard Lambert (Executive Director, Canadian Association of Optometrists): Thank you, Mr. Chairman. Good morning, ladies and gentlemen. My name is Gérard Lambert and I am the Executive Director of the Canadian Association of Optometrists, a position I have held for seven years. Prior to that time I was a practising administrator for 20 years in health-related professional organizations, including hospital administration in central and western Canada.

With me are Dr. Thomas L. Adamack, President of the Canadian Association of Optometrists and a practising optometrist from Fernie, British Columbia, who has been involved in the politics of vision curability in Canada for

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

[Traduction]

Le mardi 10 avril 1990

Le président: Puisque nous avons un quorum, je déclare la séance ouverte. Conformément à l'article 108 du règlement, le Comité reprend l'étude du régime d'assurance-maladie du Canada et de son financement.

Avant de passer à la présentation des témoins, je voudrais vous rappeler que certains d'entre vous devrez, à un certain moment, vous absenter, tandis que d'autres membres vont arriver plus tard, mais je demande votre collaboration pour maintenir le quorum. Je signale également à ceux d'entre vous qui siègent au sous-comité du programme que la réunion de ce sous-comité suivra immédiatement cette séance.

Pour ceux d'entre nous qui devons partir, je signale que le comité s'est engagé à assister à la conférence sur le réchauffement planétaire qui aura lieu les lundi et mardi qui suivront les vacances de la semaine prochaine. C'est mardi matin que la conférence porte sur le sujet qui touche de près les travaux de ce comité, et nous voudrions que le plus grand nombre possible d'entre vous assiste à la conférence au courant de cette journée. Tous renseignements complémentaires vous parviendront, et vous pouvez également prendre contact avec moi à mon bureau.

Nous accueillons aujourd'hui l'Association canadienne des optométristes, à laquelle je voudrais souhaiter la bienvenue au nom du Comité. Vous n'ignorez pas que nous avons entrepris une étude du régime d'assurance-maladie au Canada; nous avons entendu un certain nombre de témoins et comptons, à l'automne, présenter un rapport sur les témoignages recueillis.

Je voudrais présenter M. Gérard Lambert, directeur administratif de l'Association canadienne des optométristes, auquel je demanderais, pour faciliter la tâche des traducteurs et pour que les noms figurent au compte rendu, de bien vouloir présenter les personnes qui l'accompagnent.

M. Gérard Lambert (directeur administratif, Association canadienne des optométristes): Je vous remercie, monsieur le président. Bonjour, mesdames et messieurs. Je m'appelle Gérard Lambert et suis directeur administratif de l'Association canadienne des optométristes, poste que j'occupe depuis sept ans. Auparavant, j'ai été pendant 20 ans, administrateur praticien d'organisations professionnelles liées à la santé, notamment dans l'administration hospitalière du centre et de l'ouest du Canada.

Je suis accompagné du Dr Thomas L. Adamack, président de l'Association canadienne des optométristes et optométriste praticien de Fernie, en Colombie-Britannique, qui s'occupe depuis plus d'une quinzaine

[Texte]

over 15 years; Dr. Margaret Hansen-des Groseilliers, Secretary-Treasurer of the Canadian Association of Optometrists and a practising optometrist from Ottawa who has also been a member of the Eastern Ontario District Health Council for five years and now chairs the federal affairs committee of the Canadian Association of Optometrists; and Dr. M.E. Woodruff, our consultant, an optometrist who holds a PhD in physiological optics, is a professor and former dean of the school of optometry at University of Waterloo, and is chairman of a district health council in Ontario.

• 0845

Following a brief presentation from our president, Dr. Adamack, followed by a presentation by Dr. Emerson Woodruff, our consultant, we would be pleased to field questions from committee members.

Dr. Thomas L. Adamack (President, Canadian Association of Optometrists): What I would like to do is maybe just go through our recommendations again to highlight them and then invite Dr. Woodruff to answer questions.

The first recommendation we have—and it is one we had in 1988 as well—is that we would like to see the appointment of an optometric consultant to the Ministry of National Health and Welfare to be considered so that the delivery of vision and eye care services in Canada can be assessed and monitored in order to identify inadequacies and to propose alternatives to the existing delivery system.

Even since our last presentation we have seen that there have been more and more requests of our association, and there are many areas in which we feel we could contribute to this particular ministry as partners in health care.

Recommendation 2 is that the regulations of the Canada Health Act be amended to read that:

For the purposes of this Act, medically required would also include and mean optometrically required.

Recommendation 3 is that, in contrast with its employees or their dependants, the Government of Canada recognize the health promotion and disease prevention aspects of regular vision assessment for all persons aged 45 and older, depending on the clinical need identified by the eye care practitioner.

Recommendation 4: that the Department of National Health and Welfare, in consultation with the provinces of Canada, establish a standard for annual assessment of the vision and eye care needs for nursing homes, residential homes for the aged, and chronic care hospitals; further, that in the distribution of both Canada Pension and old age pension cheques educational materials regarding the necessity of assessment of the health status of the eyes and

[Traduction]

d'années de questions liées à la guérison des déficiences visuelles au Canada; du Dr Margaret Hansen-des Groseilliers, secrétaire-trésorière de notre Association et optométriste praticienne à Ottawa, membre depuis cinq ans du *Eastern Ontario District Health Council* et qui préside actuellement le comité des affaires fédérales de l'Association canadienne des optométristes; et enfin le Dr M. E. Woodruff, notre expert-conseil, optométriste et auteur d'une thèse de doctorat (PHD) sur l'optique physiologique, professeur et ancien doyen de l'école d'optométrie de l'Université de Waterloo et président d'un conseil de santé de district de l'Ontario.

Le Dr Adamack, notre président, va vous faire un bref exposé et le Dr Emerson Woodruff, notre expert-conseil, lui succédera et nous nous empresserons ensuite de répondre aux questions.

M. Thomas L. Adamack (président, Association canadienne des optométristes): J'aimerais revoir rapidement nos recommandations afin d'en souligner certains aspects et j'inviterais ensuite le Dr Woodruff à répondre à vos questions.

Dans notre première recommandation, que nous présentions déjà en 1988, nous préconisons l'affectation d'un conseiller en optométrie au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social afin que la prestation des services de la vue et des yeux au Canada soit évaluée et contrôlée dans le but de repérer les lacunes et de proposer des solutions de rechange au système de prestation en vigueur.

Beaucoup de demandes dans ce sens ont été présentées, depuis notre dernière comparution, à notre Association, et nous pensons pouvoir contribuer de diverses manières au travail de promotion de la santé accompli par le Ministère.

Dans la recommandation 2, nous demandons que l'on modifie la Loi nationale sur la santé et les règlements connexes de sorte que

«pour l'application de la présente Loi, obligatoire pour des raisons médicales» ait également le sens «d'obligatoire pour des raisons d'optométrie».

Nous demandons, dans la recommandation 3, que dans le cadre des ententes qu'il conclut avec ses employés et les personnes à leur charge, le gouvernement du Canada reconnaisse la valeur de promotion de la santé et de prévention de la maladie d'un examen régulier de la vue chez toutes les personnes âgées de 45 ans et plus, compte tenu du besoin clinique déterminé par le praticien.

Recommandation 4: Que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, avec la collaboration des provinces du Canada, définisse une norme d'évaluation des besoins en matière de soins annuels de la vue et des yeux, normes qui s'appliqueraient aux centres d'hébergement, aux foyers pour personnes âgées et aux hôpitaux pour les maladies chroniques. En outre, que soit envoyé, sous le même pli que les chèques du Régime de

[Text]

vision be made annually. A lot of these people, as time goes on, feel that failing vision is something that just comes with old age and that nothing can be done about it, which we feel is a fallacy that should be addressed.

Recommendation 5: that the Department of National Health and Welfare, in consultation with the provinces of Canada and the Canadian Association of Optometrists, examine the need for low vision clinics so as to make such services accessible and comprehensive for citizens of all ages.

Recommendation 6: given the increasing percentage of the Canadian population over age 65 and the accompanying prevalence of the five most frequent causes of vision loss among these citizens, that the Department of National Health and Welfare, in consultation with the University of Waterloo and the University of Montreal schools of optometry, examine the means of increasing the number of optometrists with advanced education in clinical training in the field of low vision and visual rehabilitation.

Recommendation 7: given the demography of the Canadian population of persons aged 65 years and older in rural and urban areas of Canada, that the Department of National Health and Welfare, in conjunction with the Canadian Association of Optometrists and its provincial associations, explore how mobile clinics and/or the use of public health facilities, community hospitals, and other federal, provincial, and municipal facilities could be employed to make vision and eye care more available and accessible to young children, the poor, and seniors.

Recommendation 8: that the Department of National Health and Welfare, in co-operation with the provincial ministries of health, develop a national risk registry which could identify at or near the time of birth those children who are at risk for vision, hearing, and other health conditions. With the advent of smart cards, such action has great potential for the prevention of sensory deficit and other debilitating health conditions. That fits in with the old adage that an ounce of prevention is worth a pound of cure.

Recommendation 9: that the Department of National Health and Welfare, in conjunction with the Canadian Association of Optometrists, develop health promotion materials regarding prenatal education on the risks to fetal development of eye defects and vision defects, the early assessment of children's visual requirements, accident prevention, and other considerations of ocular and visual development.

[Translation]

pensions du Canada et de Sécurité du revenu, du matériel didactique sur l'importance d'une évaluation annuelle de l'état des yeux et d'un examen de la vue. Beaucoup de gens pensent en effet que la vieillesse s'accompagne toujours d'une baisse de la vue et qu'on ne peut rien y changer, notion fautive qu'il convient de redresser.

Recommandation 5: Que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, avec la collaboration des provinces du Canada et de l'Association canadienne des optométristes, étudie la nécessité de mettre sur pied des cliniques de basse vision afin que les citoyens de tous les âges puissent bénéficier de ce service et le comprendre.

Recommandation 6: Vu l'augmentation du pourcentage de la population canadienne âgée de 65 ans et plus et la prévalence correspondante des cinq principales causes de perte de la vue chez ces personnes, que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en collaboration avec les facultés d'optométrie de l'Université de Waterloo et de l'Université de Montréal, étudie des moyens d'augmenter le nombre d'optométristes ayant fait des études supérieures et bénéficiant d'une formation en milieu pratique dans le domaine de la basse vision et de la rééducation visuelle.

Recommandation 7: Que, vu la répartition démographique de la population canadienne âgée de 65 ans et plus dans les régions rurales et urbaines du Canada, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en collaboration avec l'Association canadienne des optométristes et ses associations provinciales, examine dans quelle mesure on pourrait recourir à des cliniques itinérantes ou à l'utilisation des services de santé publics, des centres de soins communautaires et d'autres services fédéraux, provinciaux ou municipaux pour rendre les soins de la vue et des yeux plus accessibles aux jeunes enfants, aux défavorisés et aux personnes âgées.

Recommandation 8: Que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, de concert avec les ministères de la santé provinciaux, dresse un registre national où pourraient être inscrits, soit à la naissance soit peu après, le nom des enfants qui courent le risque de souffrir d'un trouble de vision, d'ouïe ou d'autres troubles de santé. En raison de l'avènement des «cartes informatisées», une mesure de ce genre pourrait s'avérer très efficace au niveau de la prévention des déficiences sensorielles ou d'autres problèmes débilissants pour la santé. C'est le moment de rappeler le vieil adage selon lequel mieux vaut prévenir que guérir.

Recommandation 9: Que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, de concert avec l'Association des optométristes, élabore des documents de promotion de la santé qui renseignent sur les risques de malformation de l'oeil et de déficience visuelle durant le développement du fœtus, sur l'évaluation préventive des systèmes visuels de l'enfant, sur la prévention des accidents et sur d'autres aspects du développement de l'oeil et de la vue.

[Texte]

[Traduction]

• 0850

Recommendation 10 is that National Health and Welfare, in conjunction with appropriate provincial authorities, develop policies regarding the assessment of vision of children of families living in poverty, particularly single mothers on welfare and the children of battered women, and on the development of health promotion literature regarding the necessity of nutrition, vision care, and other aspects of health maintenance.

Recommendation 11 is that National Health and Welfare, in consultation with native people and the Canadian Association of Optometrists, develop a strategy and service to solve the problems of making vision and eye care services to native people comprehensive and accessible.

Finally, recommendation 12 is that National Health and Welfare give immediate attention and support to the development of a school of optometry in western Canada in order to have sufficient optometrists to manage the vision and eye care needs of, first, the predicted increase in population by immigration, and secondly, the increase in percentage of persons 65 years of age and over.

Dr. M.E. Woodruff (Consultant, Canadian Association of Optometrists): I appear before you, Mr. Chairman and members of the committee, wearing a number of hats. I am at present a professor of optometry. I am a vision research scientist. My interest in research has been in the epidemiology of visual problems. I am a consultant on vision care and visual science to the Canadian Association of Optometrists. But this year I achieved a new role or identity, in that I became a card-carrying member of that large group called "senior citizens". So I have some concern about my future in that role, and I have done a fair amount of work during my tenure as a professor in looking at and examining programs for senior citizens in the nursing homes and in other activities, particularly home-bound. As we say in the brief, there is as much of a problem among those who live in their own homes in the visual and eye care area as among those who are in institutions for the elderly.

My first presentation of a brief was to the Royal Commission on Health Services, chaired by Justice Hall 30 years ago. At that time I was a practising optometrist, but I was an officer in the Ontario Association of Optometrists, and I was given the task because I felt, because of the differences in each province, each province should make a presentation, whereas at that time the Canadian association had agreed they would be the only presenter. I spoke up and therefore I got the job of writing, or assisting in writing, the brief, along with

Recommendation 10: Que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en collaboration avec les parties concernées au niveau provincial, élabore des politiques concernant l'examen de la vue des enfants issus de familles vivant dans la pauvreté, notamment les enfants de mères célibataires touchant des prestations de bien-être social et les enfants de femmes victimes de violence, ainsi que des politiques concernant la préparation de documents de promotion de la santé portant sur l'importance de la nutrition, des soins de la vue et d'autres aspects de la conservation de la santé.

Recommendation 11: Que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, de concert avec les peuples autochtones et l'Association canadienne des optométristes, élabore une stratégie et définisse des mesures visant à résoudre les problèmes entourant la prestation des services de soins de la vue et des yeux à mettre à la disposition de tous les autochtones.

Enfin, aux termes de la recommandation 12, que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social s'occupe sans tarder de la question de la création d'une faculté d'optométrie dans l'Ouest du Canada et prête son appui à ce projet afin de former suffisamment d'optométristes pour satisfaire les besoins en matière de soins de la vue et des yeux des Canadiens, compte tenu (1) de la poussée démographique causée par l'immigration et (2) de l'augmentation du pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus.

M. M. E. Woodruff (expert-conseil, Association canadienne des optométristes): C'est à divers titres que je comparais devant vous, monsieur le président, mesdames et messieurs. Je suis actuellement professeur d'optométrie, je suis chercheur spécialiste des problèmes de vision, en particulier leur épidémiologie. Je suis expert-conseil des soins oculaires et science de la vue auprès de l'Association canadienne des optométristes, mais ce n'est pas tout: depuis cette année, je suis devenu membre de ce groupe nombreux dit «du troisième âge». A ce titre je me préoccupe de mon avenir, et au cours de mon professorat, j'ai consacré beaucoup de temps à examiner les programmes pour personnes âgées dans les maisons de retraite, mais également pour les personnes âgées qui vivent chez elles car, comme nous le soulignons dans notre mémoire, celles-ci ont tout autant de problèmes de la vision que les personnes qui sont en établissements pour personnes âgées.

Il y a une trentaine d'années j'ai présenté mon premier mémoire sur ce sujet à la Commission royale des services de santé, présidée par le juge Hall. A l'époque j'étais optométriste praticien, et également membre de l'Association des optométristes de l'Ontario. On m'avait demandé de présenter ce mémoire parce que j'étais d'avis que chaque province, compte tenu des différences entre elles, devrait présenter, un mémoire, alors qu'à l'époque l'Association canadienne avait pensé être la seule à en présenter un. J'ai défendu mon point de vue et j'ai donc

[Text]

colleagues from the then College of Optometry of Ontario, which was the educational institution.

I appeared as a presenter when the Hall commission appeared in Toronto, and we were successful in drawing to the attention of the commission that we existed, that we were part of health care delivery. We were pleased that the Hall commission stated in their report, after examination of the eye care services in Canada, that they could not do without optometry. They did make a considerable statement about the level and the properties that existed in the education of optometrists at that time and suggested that instead of being in a school run by the College of Optometrists of Ontario, the governing body, our school really should be part of the university system. As a result of that report a few years later we moved into the University of Waterloo, in 1967.

So there was not a great hiatus in the educational improvements between the Hall commission's report and the time when both governments, the federal and provincial governments, decided it was appropriate that optometric education was within the university sphere. We felt gratified then that we had done the work and appeared before the Hall commission, and we think our appearance here today has similar imports for the next three decades.

• 0855

I know you had a presentation from the Minister of Health on the demography and some aspects of the changes in Canadian population over that 30- or 40-year period. I think it is appropriate at this time that planning be done with regard to vision and eye care in the country because the delivery is changing.

For many years, the Canadian Ophthalmological Society and the Canadian Association of Optometrists looked upon each other as competitors. I think I am happy to say that this seems to be passing, and conditions between the two groups have improved greatly over the four decades that I have been a member of the optometric group. We no longer look at one another as competitors but as part of a team, and we hope that will continue to improve for the welfare of Canadian citizens. We hope your actions and report to government can take the actions that will create plans and resources to meet the challenge of delivering health care needs for the next three to four decades.

In our brief we have identified some of the urgent problems among specific groups within our society that need to be addressed to meet the needs for the next three decades. We have made recommendations that will need to be carried out in the short term if there is to be access to the quality and quantity of vision and eye care, not only for the populations identified in the brief but for

[Translation]

été chargé de rédiger, ou d'aider à rédiger, le mémoire en collaboration avec des collègues de l'établissement d'enseignement de l'époque, à savoir le Collège de l'optométrie de l'Ontario.

J'ai présenté le mémoire à Toronto, lorsque la Commission Hall y a siégé, et nous sommes parvenus à nous faire connaître de la Commission et à la sensibiliser à notre participation à la prestation de soins de santé. Dans son rapport la Commission Hall a déclaré qu'après avoir examiné les services de soins de la vue au Canada, elle en concluait qu'on ne pouvait se passer de l'optométrie, et nous en avons été fort heureux. La Commission a fait une déclaration sur la formation des optométristes, à l'époque, et a proposé qu'au lieu de donner celle-ci dans une école administrée par le Collège des optométristes de l'Ontario, notre école fasse partie du système universitaire. Quelques années plus tard, en 1967, et à la suite de ce rapport, l'école a été intégrée à l'Université de Waterloo.

Peu de temps s'est donc écoulé entre le rapport de la Commission Hall et l'époque où les gouvernements fédéral et provincial ont décidé d'améliorer la formation des optométristes en l'intégrant au milieu universitaire. Nous avons été fier de notre travail et heureux d'avoir comparu devant la Commission Hall, et nous espérons que notre comparution de ce jour aura des répercussions du même ordre pour les trois prochaines décennies.

Le ministre de la Santé vous a fait un exposé sur la démographie et sur certains aspects des changements démographiques de notre pays au cours de cette période de 30 ou 40 ans. Il est important maintenant de planifier la prestation de soins de la vue et des yeux, parce que les choses vont se présenter différemment.

Pendant de nombreuses années, la Société canadienne d'ophtalmologistes et l'Association canadienne des optométristes se traitaient en rivaux. Je suis heureux de constater que les mentalités ont changé et que les relations entre ces deux groupes se sont considérablement améliorées dans les 40 ans que j'étais membre de l'Association des optométristes. Nous ne nous considérons plus en rivaux, mais avons le sentiment de faire partie d'une équipe, et nous espérons que l'évolution continuera à se faire dans ce sens pour le plus grand bien des Canadiens. Nous espérons que le rapport que vous ferez au gouvernement permettra à ce dernier de prendre les mesures nécessaires pour faire face aux besoins en soins de la population pour les trois ou quatre prochaines décennies.

Nous avons cerné, dans notre mémoire, certains des problèmes aigus qui se posent dans certains groupes de la société et sur lesquels il va falloir se pencher si l'on veut répondre aux besoins des trente prochaines années. Nous avons fait des recommandations qui devront être mises en oeuvre très bientôt pour assurer l'accès aux soins des yeux et de la vue, non seulement aux populations mentionnées

[Texte]

those who form the major part of our society, the general population.

As a result of my activities as an officer of my professional association in presenting a brief to the Hall commission, I left private practice and entered graduate studies in physiological optics at Indiana University. At that point, there was no available post-graduate study in Canada for optometrists. In the 28 years that I have been of professorial rank, that has changed completely. At Waterloo we now have both masters and PhD degree capability. The University of Montreal's school of optometry has gone the same route. In fact, one of my graduate students is now the dean of the school at Montreal with his PhD done not just solely within our department but in biology as a joint PhD program. So we have a lot of capable people. At the present time in English Canada, the graduates of the University of Waterloo are composed of more than half of the practising individuals.

In Quebec, the University of Montreal has a similar situation. Perhaps they have a higher content simply because they provide most of the French-speaking optometrists for Quebec and particularly New Brunswick. But they too have developed graduate studies, and I know from my former student and colleague who is the dean there that research is on the increase within that institution. In fact, that is why he was sought, because he has a considerable reputation in the electrophysiology of vision. He was sought by the University of Montreal to upgrade and extend their research capability. So it is important that these schools be supported.

The federal government of the day thought at the time that the University of Waterloo was taking optometry into its ranks, that the school there was of sufficient importance that about \$1.5 million was taken from the funds for projects of national significance. So our school at Waterloo did have funding from the federal government to build the quarters in which it now resides. I think it is equally important.

• 0900

One of our recommendations addresses the need for more education and more optometrists on the basis that, as stated in the brief itself, we had a survey and we showed that a considerable percentage of practising optometrists come from my graduate area. I graduated 40 years ago this May, and most of these people are older than I am, simply because I was one of the youngest people in my class, even though I was a veteran of four years' service in the RCAF. Many of these people wish to retire, but many of them cannot because they have a practice they cannot sell or cannot leave because they have patients who depend upon them.

[Traduction]

dans le mémoire, mais pour la population canadienne dans son ensemble.

Mes activités de membre actif de mon association professionnelle et le rôle que j'ai joué dans la présentation du mémoire à la Commission Hall m'ont amené à renoncer à mon cabinet et à entreprendre des études de troisième cycle en optique physiologique à l'université d'Indiana. Le Canada ne comptait pas, à l'époque, d'établissement dispensant une formation de troisième cycle en optométrie, situation qui a changé radicalement au cours des 28 années où j'ai occupé le poste de professeur. À Waterloo, nous formons à présent des gens du niveau de la maîtrise et du doctorat, et l'école d'optométrie de l'Université de Montréal s'est lancée dans la même voie. L'un de mes anciens étudiants est à présent doyen de l'école de Montréal et a obtenu un doctorat non seulement en optométrie, dans notre département, mais également en biologie. Les gens de valeur ne manquent donc pas. À l'heure actuelle, dans le Canada anglophone, plus de la moitié des optométristes en exercice sont des diplômés de l'Université de Waterloo.

Au Québec, l'Université de Montréal se trouve dans une situation semblable, avec un pourcentage peut-être plus important pour la bonne raison qu'elle forme la plupart des optométristes francophones du Québec et du Nouveau-Brunswick. Mais elle offre également des cours de troisième cycle, et d'après mon ancien étudiant et collègue qui en est le doyen, la recherche connaît un grand essor dans cet établissement. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il a été choisi comme doyen, vu la réputation qu'il s'est acquise dans le domaine de l'électrophysiology de la vision. L'Université de Montréal lui a demandé d'élever et d'élargir le champ de la recherche. L'aide donnée à ces écoles est donc essentielle.

Le gouvernement fédéral, à l'époque, pensait que l'Université de Waterloo allait se charger de l'enseignement de l'optométrie, et que l'école était suffisamment importante pour lui consacrer environ 1,5 million de dollars prélevés sur les fonds pour projet, de portée nationale. L'école de Waterloo a donc obtenu du gouvernement fédéral les fonds nécessaires pour construire l'immeuble dans lequel elle est établie. C'est tout aussi important.

L'une de nos recommandations porte sur la nécessité d'assurer une meilleure formation et de former davantage d'optométristes. En effet, comme nous le disons dans le mémoire, une enquête que nous avons faite a montré qu'un pourcentage considérable d'optométristes en exercice ont été formés à la même époque que moi. En mai de cette année, il y aura 40 ans que j'ai obtenu mon diplôme, et la plupart de ces gens sont plus âgés pour la bonne raison que j'étais l'un des plus jeunes de ma classe bien qu'ayant servi 4 ans dans l'ARC. Un grand nombre d'entre eux voudraient prendre leur retraite, mais ne le peuvent parce qu'ils ont un cabinet qu'ils ne peuvent

[Text]

Since we were involved in writing the brief I received some information from the British Columbia association the day before yesterday, and our estimates are even lower in the brief than the actual figures. Here is a statement from the British Columbia newsletter:

Our own studies conducted across western Canada show unequivocally the crisis situation which exists in optometric manpower supply. There are currently in western Canada over 100 positions that are available to graduates.

Consequently, this is causing some anomaly in the cost of eye care, because people who have urgent need for relief from the pressures of their practices are offering salaries to new graduates that are higher than would be justified under normal conditions. I think the manpower crisis is there presently.

I served 17 years on a committee as a consultant to the CAO and to the various western provinces, in an attempt to establish a school. There are universities that would like to have a school, but funding has been a major obstacle to bringing one into operation. Unless we do something, and the number of residencies in ophthalmology have been reduced across the country, we are going to be, from all aspects of eye care, in a considerably worsened position as the country grows and as our population ages. I think there is some urgency. That was the basis for the recommendation in our brief that immediate attention and support be given to the development of a school of optometry in western Canada.

One of my colleagues, actually a person from Manitoba, suggested that we should insert western or Atlantic Canada. In the work that I have done, and I was a consultant to the Minister of Health for one year during a sabbatical, to the Government of New Brunswick, I looked at whether or not a school was viable there. A small school of perhaps 20 students would be viable, but it would be difficult to obtain faculty of a quality that pervades the knowledge of science for so small a university component.

It has also been suggested that we should expand the two schools that exist. We at Waterloo reside in a small community relative to the major centres such as Toronto and other places. But even there it would be difficult to have the clinical population that is required for any more than the present enrollment at Waterloo, which is 60. Montreal graduates approximately 40. Usually there is a little attrition in both those figures of 60 and 40, but not a tremendous amount.

• 0905

The best schools, those that turn out the highest highest-quality graduates, usually have about 40 students. If a school was established at one of the western universities, it would take at least four years to complete the program.

[Translation]

vendre ou ne peuvent quitter, leurs malades ayant besoin d'eux.

J'ai reçu avant-hier une information de l'Association de la Colombie-Britannique pour la préparation du mémoire, et nos estimations, dans le mémoire, sont inférieures à la réalité. Voici un passage de la circulaire de la Colombie-Britannique:

L'enquête que nous avons faite dans l'Ouest du Canada fait ressortir une situation de crise en raison de l'insuffisance d'optométristes. Il y a actuellement, dans l'Ouest, plus de 100 postes ouverts aux diplômés.

Cette situation crée une anomalie dans le coût des soins, car ceux qui veulent à tout prix se retirer de la profession proposent aux nouveaux diplômés un traitement bien supérieur à ce qui serait justifié dans des conditions normales. La raison en est due à l'insuffisance des effectifs.

Pendant 17 ans j'ai siégé en tant qu'expert conseil à un comité de l'Association canadienne des optométristes et dans différentes provinces de l'Ouest, pour tenter de monter une école. Il y a des universités qui aimeraient en avoir une mais qui ont dû y renoncer faute de fonds suffisants. Si nous n'intervenons pas—et le nombre d'internats en ophtalmologie a été réduit dans le pays—nous allons nous trouver, avec l'évolution démographique et le vieillissement de la population, en posture bien plus mauvaise au point de vue des soins oculaires. La question devient urgente, ce qui nous a amené à demander, dans l'une de nos recommandations, que l'on envisage sans tarder la fondation d'une école d'optométrie dans l'Ouest du Canada.

L'un de mes collègues, qui vient du Manitoba, proposait de demander la fondation d'une école dans l'Ouest ou dans les Maritimes. Pendant une année sabbatique, j'étais consultant du ministre de la Santé du gouvernement du Nouveau-Brunswick et dans les travaux que j'ai faits j'ai étudié la viabilité d'une école dans cette province. Une école d'une vingtaine d'étudiants serait viable, mais il serait difficile pour une école de cette taille d'attirer les professeurs qu'il lui faut pour atteindre un niveau scientifique suffisant.

Il a également été proposé d'agrandir les deux écoles existantes. L'école de Waterloo est située dans une collectivité relativement petite par rapport aux grands centres tels que Toronto mais même là il serait difficile d'avoir la population nécessaire pour faire travailler les étudiants actuellement inscrits à Waterloo, soit une soixantaine. Montréal compte une quarantaine d'étudiants en optométrie. On constate toujours une légère déperdition d'effectifs, mais pas un nombre considérable.

Les meilleures écoles, celles qui produisent les meilleurs diplômés, ont généralement une quarantaine d'étudiants. Si une école était établie dans l'une des universités de l'Ouest, il lui faudrait au moins quatre ans

[Texte]

Most students enter with two years of university education, the minimum required to enter the profession. So there is a six-year lead time. That is why it is so urgent that action be taken.

There is interest, particularly at the University of Victoria. About 10 years ago they asked me to plan a curriculum for them. We decided they would probably take the western component of people attending the University of Waterloo, and that they would start with the final year of a program, working backward as each year passed until they had a full-blown program.

The University of Waterloo presently has contracts to supply about 18 people to western Canada. The Ontario government and the governments of the four western provinces reached agreement, so we accept them on the basis of small numbers of people. Alberta has the largest content, about eight places. British Columbia has five, Saskatchewan has three and Manitoba has three. Those are semi-guaranteed places, but the university reserves the right to accept students on their abilities, both academic and otherwise. Our system of accepting students will stand any political pressure, because we believe we should turn out quality people.

If you are going to do anything for the native peoples of this land. . . I know a lot about delivering care to native people because I had contracts from the university for the 10-year period 1970-1980. We cared for all the Indian people in the province of Ontario, and we did some work in Manitoba and Saskatchewan. At one point in time we planned a program for the province of Alberta, but funding and other problems got in the way. So there is a great deal. . .

What I meant to say was that students from the native population in this country have not been present. During my tenure as dean of the school one person from Manitoba enrolled, and he did not go back to care for his own people, so planning between the universities and governments must proceed if we are to address the problems. The problems among the Indian peoples are acute.

Data published in the *Canadian Journal of Public Health* shows that by the time Indian children are two years old, 17% have correctable eye care problems. By the time they reach 14 years of age, 67% have eye problems that need at least annual assessment during that period of childhood. Many of their problems with education stem from basic lifestyle and nutrition problems. Nevertheless, since those problems exist and cannot be addressed in the short term, we must care for them. The bible says that without vision people perish, and that is what the Indian people are really saying in their presentations to you.

[Traduction]

pour sortir des diplômés. La plupart des étudiants ont, à leur entrée, deux ans d'études universitaires, ce qui constitue le minimum requis. Par conséquent, nous avons six ans devant nous et c'est pourquoi il est urgent d'agir.

L'Université de Victoria, en particulier, s'intéresse à la question. Il y a une dizaine d'années, elle m'a demandé de lui préparer un programme. Nous avons décidé qu'elle accueillirait les étudiants de l'Ouest qui autrement se seraient retrouvés à l'Université de Waterloo. Elle devrait commencer en offrant d'abord l'année terminale du programme, en lui ajoutant une autre année chaque année par la suite jusqu'à ce qu'il soit complet.

L'Université de Waterloo a conclu un contrat pour fournir environ 18 diplômés à la région de l'Ouest. Le gouvernement ontarien et les gouvernements des quatre provinces de l'Ouest ont conclu une entente et nous acceptons donc un petit nombre d'étudiants de ces provinces. L'Alberta est celle qui en compte le plus, soit huit. La Colombie-Britannique a droit à cinq places, la Saskatchewan à trois et le Manitoba à trois également. Ces places ne sont pas absolument garanties, car l'université se réserve le droit d'accepter les étudiants en fonction de leurs résultats scolaires et autres capacités. Nos critères d'admission ne céderont devant aucune pression politique car nous croyons devoir produire des spécialistes compétents.

Si vous voulez faire quelque chose pour les autochtones. . . J'en connais un rayon sur les soins aux autochtones étant donné que j'ai travaillé dans ce domaine dans le cadre de contrats avec l'université pendant dix ans, entre 1970 et 1980. Nous avons pris soin de tous les Indiens de l'Ontario et nous avons travaillé également un peu au Manitoba et en Saskatchewan. A une certaine époque, nous avons mis en place un programme pour l'Alberta, mais nous avons eu des problèmes de financement et autres. Par conséquent. . .

En fait, je dois dire que les autochtones n'ont pas été représentés parmi les étudiants. Lorsque j'étais doyen de la faculté, nous avons eu un étudiant du Manitoba, mais il n'est pas retourné soigner les gens de son peuple. Par conséquent, il faut que les universités et les gouvernements établissent une planification pour remédier aux problèmes. Les problèmes sont très graves chez les Indiens.

Les données publiées dans le *Canadian Journal of Public Health* révèlent qu'à l'âge de deux ans, 17 p. 100 des enfants indiens souffrent de troubles de la vue qui peuvent être corrigés. Lorsqu'ils atteignent l'âge de 14 ans, 67 p. 100 d'entre eux ont des troubles de la vue nécessitant au moins un examen annuel. La plupart de leurs difficultés sont reliées à leur mode de vie et à une mauvaise nutrition. Toutefois, étant donné l'existence de ces problèmes et le fait qu'il n'est pas possible d'y remédier à court terme, nous devons nous en occuper. La bible dit que sans vision les peuples périssent et c'est ce que les Indiens vous ont laissé entendre au cours de leurs témoignages.

[Text]

I conducted programs along the west coast of James Bay and Hudson's Bay for many years. I personally went on them, and it always tore my heart to see the extent of the poverty of those people and the way they lived. I think it is urgent that government address that. When founding any new school or supporting the existing schools, arrangements should be made to improve the education in this field and in other fields of health care for the Indian peoples.

• 0910

The Chairman: Thank you very much, Dr. Woodruff and Dr. Adamack. We do appreciate the presentation this morning. I think most of us have had a chance to go over the brief which you provided to us earlier. I read your brief with growing interest. You mention that other diseases often come to the fore through visual check-ups. This was drawn to my attention years ago. A family friend who was a dentist was among the first to diagnose my wife's pregnancy, and that is quite common according to dentists I have talked to. You have indicated here a lot of things that perhaps can be detected, especially with seniors, through some of the work you have done.

If you can do anything to improve the long-distance vision of politicians here this morning it would be most grateful. We do have a number of our members who would like to ask questions relating to your brief. It is a little unusual to go to the government side first, but we have Dr. Cole with us today. He is one of the few of us not wearing glasses this morning. Perhaps that says something, Doctor, for your health care.

Mr. Cole (York—Simcoe): I am younger than the rest.

The Chairman: Dr. Cole, perhaps you could start the questioning. I look forward to hearing what the witnesses have to say this morning.

Mr. Cole: I want to thank the opposition for allowing me the first shot at these people.

It is good to have you here today and I certainly concur with virtually everything you have had to say. There are a couple of areas I would like to explore a little further—for instance, the area of manpower. I concur with you as far as the need for more optometrists to provide the kind of service that I think Canadians have expected and do expect.

One of the areas I would like to touch upon is the change that has taken place in optometry. I think you are to be commended for that. Twenty-five years ago you might have seen 5% female optometrists graduating; however, my understanding is that the situation has changed drastically. I would like you to comment on that and the effects that those changes may or may not have on the future delivery of optometric health care.

I would also like to ask you to explore the aboriginal situation a little bit more. I think we are all aware of the problems in the aboriginal community. As you have

[Translation]

Pendant des années, j'ai réalisé des programmes le long de la côte ouest de la Baie James et de la Baie d'Hudson. Je m'en suis occupé personnellement et j'ai toujours eu le coeur serré en constatant dans quel dénuement ces gens vivaient. Le gouvernement doit s'attaquer à ce problème de toute urgence. Lorsqu'il finance une nouvelle école ou une école déjà établie, il doit prendre des dispositions pour améliorer l'éducation dispensée aux Indiens dans ce domaine et dans les autres domaines de la santé.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Woodruff et monsieur Adamack. Nous vous remercions de votre témoignage. Je crois que la plupart d'entre nous avons eu l'occasion de parcourir votre mémoire. Je l'ai lu avec beaucoup d'intérêt. Vous mentionnez que les vérifications de la vue permettent souvent de dépister d'autres maladies. Je m'en suis rendu compte il y a quelques années. Un ami de la famille qui était dentiste a été l'un des premiers à diagnostiquer la grossesse de ma femme, ce qui est assez fréquent, d'après les dentistes à qui j'ai parlé. Vous avez mentionné que de nombreuses autres situations pouvaient être dépistées, surtout chez des personnes âgées.

Si vous pouvez faire quelque chose pour améliorer la vue des politiciens qui sont ici ce matin, nous vous en serions très reconnaissants. Plusieurs membres du Comité souhaitent vous poser des questions au sujet de votre mémoire. Nous n'avons pas l'habitude de commencer du côté du gouvernement, mais le docteur Cole est ici aujourd'hui. Il est l'un des seuls à ne pas porter de lunettes. Sans doute que cela en dit long sur votre bonne santé, docteur.

M. Cole (York—Simcoe): Je suis plus jeune que les autres.

Le président: Docteur Cole, peut-être pourriez-vous poser la première question. J'ai hâte d'entendre ce que les témoins ont à nous dire.

M. Cole: Je tiens à remercier l'Opposition de m'autoriser à poser la première question.

Je me réjouis de votre présence ici aujourd'hui et je suis d'accord avec vous sur pratiquement tout ce que vous avez dit. Il y a une ou deux questions que j'aimerais approfondir, par exemple, celle de l'effectif. Je suis d'accord avec vous quant à la nécessité d'avoir davantage d'optométristes pour assurer les services que les Canadiens sont en droit d'attendre.

Je voudrais que vous nous parliez des changements survenus dans le domaine de l'optométrie. Je crois que nous devons vous en féliciter. Il y a 25 ans, il y avait peut-être 5 p. 100 des diplômés en optométrie qui étaient du sexe féminin. Je crois cependant que la situation a changé énormément. Pourriez-vous nous parler des répercussions que ces changements peuvent avoir sur la prestation future des services d'optométrie.

Je voudrais également que vous nous parliez un peu plus de la situation des autochtones. Je crois que nous sommes tous conscients des difficultés de la communauté

[Texte]

mentioned, I think there has been one optometrist in 25 or 30 years who has gone through. . . But I am also aware of the fact that there was a very valuable service provided in our northern communities through the University of Waterloo and other associations and connections. However, that has been discontinued and I would like to know if anything is taking its place. Is the Canadian Association of Optometrists planning on renewing that program?

• 0915

Dr. Woodruff: Maybe I could speak to that, Tom, because it relates to the programs of the university.

First of all, there are four male chauvinists and one who is not who formed the original faculty of the University of Waterloo. Unfortunately for the chauvinists, the university had a policy of equity between the sexes. Being the father of three daughters, I had to be the person who was in favour of having more women.

The argument of a number of the faculty was that women would simply become employees of others and therefore would not be the same type of professional as men. All that was needed to turn that around in everyone's thinking was the fact that the women who have emerged from our program were able, because of their degrees, to get loans on the basis of their qualifications and not have to have co-signers for them. So women enter practice now in the same way as men do. They may associate for a while until they pay their debts from their educational process, but most of them end up in practices which they run and manage.

My youngest daughter is a graduate of the program. She practises independently. She has her own practice and she manages it. I was not a signatory to her loans and I think that change in the social parameters made quite a difference, that women were receiving equity and the ability to establish themselves fiscally.

The basis for that was the quality and the background of their education. We brought in the banks to talk to people about how they might qualify. Our graduates know how to originate a business plan, because any health care practice in our country has to have a business aspect to exist. But there is another aspect to women, particularly in the eye care professions, and that is that over the past 35 years the knowledge of the physiology of vision came to the point where it was recognized by all practitioners that children must be seen early and that women who are going to have children should know when to have their children assessed.

Women are particularly able. I notice as a teaching clinician that the girls who come into the program have very little problem managing children. I operate a pediatric clinic at the university, so I see both sexes, and most of the girls, who are really young women when I see them, are able to manage children with greater facility.

[Traduction]

autochtone. Comme vous l'avez dit, je crois qu'en l'espace de 25 ou 30 ans, un seul optométriste est allé. . . mais je sais également que d'excellents services ont été fournis à nos communautés du Nord par l'entremise de l'Université de Waterloo et d'autres associations et organismes. Néanmoins, ces services ont pris fin et je voudrais savoir s'ils ont été remplacés par quelque chose. L'Association canadienne des optométristes a-t-elle l'intention de rétablir ce programme?

M. Woodruff: Peut-être devrais-je répondre, Tom, puisqu'il s'agit des programmes de l'université.

Tout d'abord, il y avait quatre phalocrates et un non-phalocrate parmi les premiers professeurs de l'école d'optométrie de l'Université de Waterloo. Malheureusement pour les phalocrates, l'université avait une politique d'égalité entre les sexes. Étant le père de trois filles, j'étais nécessairement celui qui souhaitait qu'il y ait davantage de femmes.

L'argument d'un certain nombre de professeurs était que les femmes deviendraient simplement employées et ne seraient donc pas du même calibre professionnel que les hommes. Tout ce qu'il a fallu pour faire changer tout le monde d'avis, c'est que les femmes qui avaient suivi notre programme pouvaient, du fait de leur diplôme et de leurs qualifications, obtenir des prêts sans avoir besoin d'un cosignataire. Les femmes peuvent donc maintenant entrer dans la profession de la même façon que les hommes. Elles peuvent s'associer pendant un certain temps en attendant d'avoir remboursé leur dette d'études mais la plupart d'entre elles ouvrent un cabinet qu'elles dirigent et gèrent elles-mêmes.

Ma benjamine a suivi ce programme. Elle est à son compte. Elle a son propre cabinet. Je n'ai pas dû signer lorsqu'elle a fait un emprunt et je crois que cette évolution sociale a fait une grosse différence. Les femmes peuvent maintenant recevoir des capitaux et s'établir sans avoir besoin de personne sur le plan financier.

Cela est venu grâce à la qualité et à la teneur des études qu'elles ont faites. Nous avons demandé aux banques ce qu'il fallait pour y parvenir. Nos diplômées savent comment présenter un plan d'entreprise parce que tout cabinet médical au Canada se présente comme une entreprise. Il y a toutefois un autre aspect, particulièrement dans les professions ophtalmologiques, et c'est que les recherches que l'on fait depuis 35 ans ont mené à la conclusion générale qu'en matière de physiologie visuelle, il faut voir les enfants jeunes et que les femmes qui vont avoir des enfants devraient savoir quand les faire examiner.

Les femmes sont particulièrement bonnes dans ce domaine. Je remarque comme clinicien enseignant que les filles qui viennent suivre le programme n'ont aucun mal à s'occuper des enfants. J'ai une clinique pédiatrique à l'université et je vois donc les deux sexes et je constate que la plupart des filles, qui sont en fait des jeunes

[Text]

The men have to learn to do that to a considerable extent. As a result, I think that is another aspect.

Some years, over 50% in our program are women. It varies, but it is usually close to 50-50. There is no chance in our admission program to discriminate because we do not know the sex of the person we are considering. They are simply a name. There are people who do the interviews prior to the session, so there is usually a person who does know the sex of the applicant, but we do our very best to be absolutely impartial and take the highest quality. The quality of women in the program is very high. In fact, if you were to go back over the past 10 to 15 years, women have usually taken the prizes both as the top clinicians and as achievers of the highest level of academic standards. So the presence of women in the profession has not caused any deterioration in the quality of practice, but I think it has introduced a more humane aspect to the profession.

I know that the University of Montreal exceeds our ability to attract women at Waterloo, because most years their percentage of women in the program is as high as 60%, and I do not think it has changed the content there at all.

• 0920

I think in our program at least, women have equity. We have graduated two women with PhD degrees in the past two years. They are as good at science as any man could be. We have graduated people in electrophysiology, who now operate the department at Toronto Western Hospital and the Sick Children's Department of Electrophysiology and teach ophthalmology.

That is the quality of the women in the program. The fact that a woman now is unhindered in capitalizing a practice makes it no different from a male graduate, and therefore women have not been a detriment; indeed, they have been an adornment to the practice.

I would like to move to the Indian people, but maybe Margaret would like to say something about women before I do that.

Dr. Margaret Hansen-des Groseilliers (Secretary-Treasurer, Canadian Association of Optometrists): Emerson, you have said it all so eloquently, how can I add anything? However, I would like to add just one little comment. There are many changes in practice in all professions. You have seen many fewer solo practitioners. In all health care professions, there tends to be more group practice. I think one of the positive things about women being in this type of practice is that they can share practices. This is an important aspect of practice. It gives

[Translation]

femmes quand je les vois, s'en tirent beaucoup plus facilement avec les enfants. Les hommes doivent au contraire dans une très large mesure apprendre cet art. C'est donc un autre aspect important.

Il y a des années où plus de 50 p. 100 de nos élèves sont du sexe féminin. Cela varie mais c'est habituellement moitié moitié. Il n'y a pas de possibilité de discrimination à l'admission puisque nous ne connaissons pas le sexe de la personne dont nous étudions le dossier. Nous avons simplement un nom. Il y a des gens qui font passer les entrevues avant cela et il y a donc quelqu'un qui connaît le sexe du candidat, mais nous faisons tout ce que nous pouvons pour rester tout à fait impartiaux et ne sélectionner qu'en fonction de la qualité. Le calibre des femmes participant au programme est très élevé. En fait, si vous considérez les 10 à 15 dernières années, ce sont habituellement des femmes qui ont remporté les prix en tant que cliniciennes d'une part et pour avoir obtenu les meilleurs résultats dans leurs études. La présence de femmes dans la profession n'a donc pas du tout mené à une détérioration de la qualité et a au contraire donné un aspect plus humain à la profession.

Je sais que l'Université de Montréal réussit mieux que nous à Waterloo à attirer des femmes parce que leurs pourcentages de femmes sont presque tous les ans supérieurs à 60 p. 100 et je ne pense pas que cela ait du tout changé quoi que ce soit à la teneur du programme.

J'estime que notre programme, les femmes ont atteint l'égalité. Ces deux dernières années, deux sont sorties avec un doctorat. Elles sont aussi bonnes en sciences que n'importe quel homme. Nous avons des diplômées d'électrophysiologie qui sont maintenant responsables du département au Toronto Western Hospital et à l'hôpital des enfants et qui enseignent en plus l'ophtalmologie.

Voilà le calibre des femmes qui participent à ce programme. Le fait qu'une femme ne rencontre plus d'obstacle dans l'exercice de sa profession la met tout à fait à égalité avec un diplômé du sexe masculin et les femmes ne gênent donc certainement pas la profession, elles l'améliorent encore.

J'aimerais maintenant parler des Indiens mais peut-être que Margaret aimerait ajouter quelque chose à propos des femmes.

Mme Margaret Hansen-des Groseilliers (secrétaire-trésorière, Association canadienne des optométristes): Emerson, vous avez été tellement éloquent qu'il est difficile d'ajouter quelque chose. Toutefois, je me permettrais de faire un petit commentaire. L'exercice de toutes les professions a beaucoup évolué. Il y a beaucoup moins de médecins qui exercent seuls. Dans toutes les professions médicales, la tendance est à formuler des cabinets. Un des éléments positifs de l'arrivée des femmes dans ce genre de domaine et qu'elles peuvent se partager

[Texte]

you far greater options as a profession and also allows you to give greater service to your patients.

Dr. Woodruff: Now to the Indian programs. How did I get involved as a professor in an Indian program? In 1969 the school was only a year and a half old, because we started July 1, 1967. I had a call from the then medical director at Moose Factory saying that he had nurses who had screened children and that he had at that time 200 children who needed eye care. He asked if it would be possible from my base to look after them.

I knew that I had some time, so I volunteered and got permission from the then dean of the school to go. By the time I reached Moose Factory 400 children were there, and I had two weeks of available time.

Within a few days the screening had gone on and there were now 600, so I knew that I could not possibly in the time I had available see that number. I phoned my dean and asked him if I could have a new graduate, who was coming on as a resident, come up to Moose Factory; he permitted me to have the graduate. We usually worked from 8 a.m. until 11 p.m. seeing children and some adults too, because there were things that seemed emergent to us. We worked out of the hospital at Moose Factory.

At the end of the time there was still a growing number of people to be seen, but both of us had other commitments and had to leave. However, in talking to Dr. Wyle, the medical officer there at the time and later an assistant deputy minister to the Government of New Brunswick, he asked if it would be possible for me to come up the next summer for a longer period of time. We therefore established a program, we worked out a plan, and again the university permitted it. At that particular time we recovered no salary costs; we simply did it because it did afford the opportunity to take senior students, who are called interns, with us. Most of them are qualified to work under supervision, so you can multiply the numbers of people seen and seen adequately by moving from one to the other as the instructor and the supervisor, and making sure that everyone gets first-quality care.

With the model that created, the director of health services stationed in Ottawa came to see me at the school. There were some problems at that point in time because there were agreements with two of the university medical schools, London and Kingston, for the supply of services, and at that particular moment in time ophthalmology and optometry were at loggerheads over their places within the professions.

[Traduction]

la clientèle. C'est un aspect important de l'exercice de leur profession. Cela donne plus de possibilités et cela permet d'élargir les services offerts aux patients.

M. Woodruff: Passons maintenant aux programmes destinés aux Indiens. Comment me suis-je lancé là-dedans? En 1969, l'école n'avait qu'un an et demi puisque nous avons commencé le 1^{er} juillet 1967. J'ai reçu un coup de téléphone du directeur médical à Moose Factory me disant que ses infirmières avaient examiné les enfants et qu'il en avait alors 200 qui avaient besoin de soins ophtalmologiques. Il m'a demandé s'il me serait possible de m'en occuper.

Je savais que j'avais un peu de temps et j'ai donc décidé de demander la permission au doyen d'alors. Quand je suis arrivé à Moose Factory, il y avait 400 enfants et j'avais deux semaines à ma disposition.

En quelques jours, les examens s'étant poursuivis, leurs nombres étaient passés à 600 et je savais qu'il m'était impossible dans le temps dont je disposais de les voir tous. J'ai téléphoné à mon doyen pour lui demander de m'envoyer un nouveau diplômé; j'ai obtenu l'autorisation. Nous travaillions habituellement de 8 heures du matin à 23 heures. Nous voyions des enfants et également quelques adultes parce qu'un certain nombre de choses commençaient à ressortir de ces examens. Nous étions installés à l'hôpital de Moose Factory.

Après ces deux semaines, il restait toujours de plus en plus de monde à voir et nous avions tous les deux d'autres engagements et il nous fallait partir. Toutefois, au cours des entretiens que j'ai eus avec le Dr Wyle, qui était le médecin sur place à l'époque et qui est ensuite devenu sous-ministre adjoint au Nouveau-Brunswick, il m'a demandé si je pourrais revenir l'été suivant pour plus longtemps. Nous avons donc mis sur pied un programme que nous avons présenté à l'université et qui a été accepté. À ce moment-là l'université ne recouvrait pas notre traitement. Nous le faisons simplement parce que cela donnait l'occasion aux étudiants de niveau supérieur, qu'on appelle les internes, de venir travailler avec nous. Ils étaient pour la plupart qualifiés pour travailler sous supervision, ce qui permettait de multiplier le nombre de personnes que l'on voyait en passant de l'un à l'autre à titre d'instructeur et de superviseur afin de s'assurer que tout le monde recevait des soins de première qualité.

La formule a été prise comme modèle et le directeur des services de santé basé à Ottawa est venu me voir à l'école. Il y a eu quelques problèmes à ce moment-là parce qu'il y avait des ententes avec deux des écoles de médecine universitaires, London et Kingston, pour offrir ces services et que l'ophtalmologie et l'optométrie se disputaient la vedette dans la profession.

• 0925

The then head of the program for Ontario was an Irishman who would not take no for an answer. He gathered us all at Smiths Falls, including the two

Le responsable du programme pour l'Ontario était alors un Irlandais qui n'acceptait pas de réponse négative. Il nous a tous réunis à Smiths Falls, y compris les deux

[Text]

university heads of the two ophthalmology programs. I came into Smiths Falls and I checked into the hotel. I was immediately told that there would be a cocktail hour, and at the cocktail hour I suddenly noticed that the director and the two ophthalmologist deans had disappeared. I was a little bit insulted, but I decided I could not afford to be insulted in that milieu. He, the Irishman, had taken them aside and had really given them a lecture. He told them he had needs that had to be fulfilled and that he had a good means of doing so, that they had assessed the quality of the work that was done and knew that it was of quality, and that he was going to have it, and he had had some threats that they might withdraw their services if this was done. Well, that did not occur. I think the ophthalmology group knew the need, and consequently they gave in.

That program came into existence in 1970, and for the next 10 years it expanded so that we had contracts for all the regions of Ontario, and other regions became interested.

For the 10 years that followed I cannot give you exact costs, because some costs were never known to me. We used a lot of transportation, but there was usually reasons. Usually the aircraft that were going into the satellites from the various places were going to go anyway, so we just added one or two people to those. We evolved a method of taking first-rate equipment in, in proper containers so that the things would work when we were on site, and in some places there were generators where we could use electrical input. In others, we used battery-operated things.

As the program expanded we used to use practitioners who we had identified as being competent people, to supervise senior students. By halfway through the program we were seeing over 11,000 Indian children per year, and after school hours we would generally see adults as well, so we were seeing a large number. Part of the university's task when you do things of this nature is to study them, see what the problems are and where they might originate.

In genetics, Indian peoples across North America have more astigmatism than other ethnic groups. But regarding astigmatism in Ontario and all of the other places that we visited, and the ophthalmologists had found the same thing in some of the northern areas, it was not just astigmatism but myopia, or near-sightedness. So we studied that and found those data that I previously spoke to you about, the 67% by age 14.

During one of the years that we were working in that program the Canada nutrition study was done and we looked at that. Both in ophthalmology and in my own work as a researcher we have identified that the absence of sufficient protein and the increase in carbohydrates

[Translation]

chefs de programme d'ophtalmologie des universités. Quand je suis arrivé à Smiths Falls à l'hôtel, on m'a immédiatement dit qu'il y aurait un cocktail et à ce cocktail j'ai soudain remarqué que le directeur et les deux doyens d'ophtalmologie avaient disparu. J'étais un peu choqué mais j'ai décidé de ne pas le montrer dans ce milieu. Lui, l'Irlandais, les avait pris à part pour leur faire la leçon. Il leur a dit qu'il avait des besoins à satisfaire et qu'il avait un bon moyen de le faire, que la qualité du travail effectué avait été évaluée et qu'elle était bonne et qu'il a jugé bonne et que c'était ce qu'il voulait. Il a fait allusion aux menaces qu'avaient faites les universités de retirer leurs services. Cela ne s'est pas produit. Je crois que le groupe d'ophtalmologie a reconnu le besoin et a donc cédé.

Le programme a donc été mis sur pied en 1970 et s'est développé au cours des 10 années suivantes si bien que nous avions des contrats pour toutes les régions de l'Ontario et que d'autres régions s'y sont intéressées.

Pour les 10 années qui ont suivi, je ne puis vous donner de chiffres exacts parce que il y a des coûts dont je n'ai jamais eu connaissance. Il y avait beaucoup de déplacements mais c'était habituellement justifié. Habituellement les avions qui allaient aux différents endroits où nous devons nous rendre y seraient de toute façon allés, si bien que nous n'ajoutions qu'un ou deux passagers. Nous avons choisi la méthode de n'emporter que du matériel de première qualité, bien emballé de sorte que tout marcherait bien une fois installé et il arrivait que dans certains endroits il y ait des génératrices qui nous permettaient de nous brancher sur le circuit électrique. Dans d'autres cas, nous devons utiliser du matériel sur batteries.

Au fur et à mesure que le programme s'est développé, nous avons fait appel à des médecins que nous avions trouvé compétents pour superviser les étudiants en dernière année. Vers le milieu du programme, nous voyions plus de 11,000 enfants indiens par an et, après les heures d'école, nous voyions généralement aussi des adultes, si bien que cela faisait beaucoup de monde. Une partie de la tâche de l'université quand on fait ce genre de chose est d'étudier les différents cas, de voir quels sont les problèmes et d'où ils peuvent venir.

En génétique, il y a plus d'astigmatisme chez les Indiens d'Amérique du Nord que parmi les autres groupes ethniques. Mais en examinant l'astigmatisme en Ontario et partout ailleurs où nous sommes allés, comme l'avaient constaté les ophtalmologues dans certaines des régions nordiques, nous avons réalisé que ce n'était pas simplement de l'astigmatisme mais également de la myopie. Nous avons donc étudié cela et sommes arrivés aux chiffres dont je vous parlais tout à l'heure, 67 p. 100 avant 14 ans.

Au cours d'une des années où nous travaillions à ce programme, nous avons examiné l'étude que l'on faisait sur la nutrition au Canada. A la fois en ophtalmologie et dans le travail de recherche que je faisais nous avons remarqué que la carence en protéine et le surplus

[Texte]

were a major problem among these people and contributed to the extent of the vision problems.

[Traduction]

d'hydrate de carbone représentaient un problème majeur parmi ces gens-là et contribuaient à leurs problèmes de vue.

• 0930

For example, we went out to the Belcher Islands one year and looked at the people there, who lived mainly on what would be considered native diets, and their rates of problems among the 200 or so people in the sample were much lower.

We looked at the people from the reserve at Ohsweken, which is south of Brantford, Ontario. The people there are farmers. They come from the heritage of Brant, who was an Indian leader in the early periods of our history, and they had a lesser rate. They still had a fairly high rate of astigmatism, but myopia was not much increased over the surrounding Caucasian populations.

So it is this type of information that exists, and I think a lot of those things lie elsewhere than in eye care; in other words, in social conditions and general health care. But that does not mean that the eye care problems should not be addressed, because they are of a magnitude that is only found, really, in other handicapped populations, such as the mentally retarded and deaf children. So there is a need there.

The present way it is addressed is the department asks provincial associations to have people volunteer, and many good people go. Many of our students had that experience learning with native people in their own habitat and in the absence of easy access to alcohol. That is not the thing I had as a child growing up in Alberta. I used to have the opinion that the Canadian Indian was a drunken Indian. You soon get rid of that when you see their people. That is not true. They do have an alcohol problem, but part of that is our doing as a white society. So they deserve better care, and certainly they deserve more eye care simply because of the genetics of their race and also the conditions in which they live.

The program was discontinued. At that time it was costing the federal government \$150,000 a year to operate. That does not include transportation, but that is what the direct costs were. It was done away with in 1980 as a cost-saving measure. At least that is what I was told, and I was the contractor on behalf of the university.

Mrs. Clancy (Halifax): Dr. Woodruff, you mentioned forays into Atlantic Canada. Given that Halifax is effectively accepted as the regional health centre and Dalhousie University as the major health education as well, I wonder if you are aware of your organization having had any overtures from Dalhousie University or if you have had any dealings with Dalhousie.

Dr. Woodruff: No. Dalhousie is very strong and still very political in the ophthalmology department. The head of that department has been co-operative in some ways, but the fact that you are the head of a department does

Par exemple, une année, nous sommes allés aux îles Belcher examiner la population qui avait essentiellement un régime alimentaire traditionnel, et les problèmes semblaient beaucoup moins fréquents parmi l'échantillon de 200 personnes environ que nous avons examiné.

Nous avons examiné la population de la réserve d'Ohsweken, au sud de Brantford en Ontario. Ce sont des cultivateurs et les héritiers de Brant, qui était un chef indien du début de notre histoire, et nous avons constaté moins de problèmes. Il y avait tout de même pas mal d'astigmatisme mais il n'y avait pas beaucoup plus de myopes que dans les populations caucasiennes voisines.

Voilà donc le genre d'information dont nous disposons et je crois qu'il ne s'agit pas simplement de soins de la vue; autrement dit, il faut considérer les conditions sociales et la santé en général. Cela ne veut pas dire que les problèmes visuels ne doivent pas être traités, car ils n'existent dans ces proportions que dans d'autres populations handicapées comme les retardés mentaux ou les enfants sourds. Le besoin est donc réel.

A l'heure actuelle, le département demande aux associations provinciales des volontaires et il y a beaucoup de gens très biens qui y vont. Beaucoup de nos étudiants ont bénéficié de cette expérience auprès des autochtones, dans leur propre milieu, là où il est difficile de se procurer de l'alcool. Ce n'est pas le genre de chose que j'ai connu alors que j'étais enfant en Alberta. Pour moi, un Indien du Canada était toujours saoul. On se débarrasse vite de ce genre de préjugé quand on les voit. Ce n'est pas vrai. Ils ont un problème d'alcoolisme mais nous en sommes en partie responsables. Ils méritent donc d'être mieux soignés et d'avoir de meilleurs soins oculaires simplement parce qu'ils ont des problèmes génétiques et parce qu'ils vivent dans des conditions défavorables.

Le programme a été interrompu. A l'époque, il coûtait au gouvernement fédéral 150,000 \$ par an. Cela n'inclut pas les transports mais c'était là le coût direct. On l'a supprimé en 1980 par mesure d'économie. Du moins, c'est ce que l'on m'a dit et c'était moi qui signait le contrat pour l'université.

Mme Clancy (Halifax): Monsieur Woodruff, vous avez dit que l'on avait fait certaines choses dans la région atlantique. Étant donné qu'Halifax est reconnu comme le centre régional en matière de santé et que l'Université Dalhousie a la principale école de médecine, savez-vous si cette université vous a fait des offres ou avez-vous jamais eu des rapports avec cette université?

M. Woodruff: Non. Dalhousie est très solide et encore très politique au département d'ophtalmologie. Le chef de ce département s'est montré à certains égards assez coopérant mais ce n'est pas parce que vous êtes chef d'un

[Text]

not mean that you can dictate what the rest of your faculty will do.

Again, in the recent past that has been improving. One of our graduates was a very able young woman. She was the top person. We desperately wanted her to stay and do graduate studies, but she had her mind set on practice and she also was going to marry a maritimer from the Halifax area. So she is there, but she now practises in the low-vision clinic at Dalhousie.

• 0935

So things have improved considerably in the relationships. At one time there was discussion of the possibility of a small school in New Brunswick—

Mrs. Clancy: But no similar discussion at Dalhousie at this point?

Dr. Woodruff: No similar discussion at Dalhousie.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Thank you for your presentation. You addressed a number of areas we have been discussing over the last few months. I wonder if you might add a few points on your perspective on some of the fairly common problems we are facing. One you mentioned was labour resources and planning and how we make sure we have adequate numbers of practitioners in rural areas and so on. What would you see the federal government's role to be in that? You have mentioned some points.

Dr. Woodruff: I think if the federal government were to make it known that they would fund in proportion to how they funded the school in Ontario, any new school sited so it would provide practitioners in the areas where the greatest needs are. . .

There are really two sectors of great need. Newfoundland is one. I did a study for the association in Nova Scotia, and they have some problems too.

Mr. Axworthy: There are two problems in resource planning: first, whether we have enough people; second, where they are. In Canada very often we have enough practitioners in the cities but not enough in other areas. I wonder if you could address that.

Dr. Woodruff: One of the things in looking at any new facility should be that in co-operation with the governments involved an onus should be placed on the funding for the faculty that it first of all set aside designated spaces for people such as the aboriginals. Then the government should make sure there is enough basic education so those people have the opportunities to enter not as second-class people or a lower class of persons who have to be brought into a program and really are not of the calibre their colleagues in any profession would be. . .

So there is a problem there in the basic education, to start with. But at the same time that might have to be something addressed within the system, that you have people who have the capacity but have not had the

[Translation]

département que vous pouvez dicter aux autres professeurs ce qu'ils doivent faire.

Là encore, la situation s'est récemment améliorée. Une de nos diplômées était une jeune femme très capable. C'était la meilleure. Nous voulions absolument qu'elle reste pour poursuivre ses études mais elle avait décidé d'exercer et d'épouser quelqu'un des Maritimes de la région de Halifax. Elle est donc là-bas et elle exerce à la clinique des troubles de la vue à Dalhousie.

Les rapports se sont donc considérablement améliorés. On a même à un moment discuté de la possibilité d'ouvrir une petite école au Nouveau-Brunswick. . .

Mme Clancy: Mais il n'en a pas encore été question à Dalhousie?

M. Woodruff: Non, pas à Dalhousie.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Merci de votre exposé. Vous avez abordé un certain nombre de sujets dont nous discutons depuis plusieurs mois. Je me demande si vous ne pourriez pas ajouter certaines choses à ce que vous avez dit des problèmes assez communs que nous connaissons. Vous avez notamment parlé des ressources humaines, de la planification, de la façon de s'assurer que nous avons suffisamment de médecins dans les régions rurales, etc. Quel serait à votre avis le rôle du gouvernement fédéral à cet égard? Vous avez déjà dit un certain nombre de choses.

M. Woodruff: Je crois que si le gouvernement fédéral annonçait qu'il financerait dans les proportions où il l'a fait pour l'école en Ontario, toute école qui s'installerait à un endroit qui permettrait d'avoir des médecins dans les régions où les besoins sont les plus grands. . .

Il y a en fait deux secteurs où le besoin est très grand. D'une part, Terre-Neuve. J'ai effectué une étude pour l'association de la Nouvelle-Écosse et il y a également là certains problèmes.

M. Axworthy: Il y a deux problèmes de planification des ressources: d'une part, y a-t-il suffisamment de monde; d'autre part, où sont ces gens-là? Au Canada, très souvent, nous avons suffisamment de médecins dans les villes et nous en manquons ailleurs. Que pourrait-on faire?

M. Woodruff: On pourrait envisager qu'en collaboration avec les gouvernements concernés on exige que les facultés de médecine auxquelles on accorde des subventions réservent des places, par exemple, aux autochtones. Le gouvernement devrait alors également s'assurer que ceux-ci ont une formation suffisante pour suivre ces programmes non pas en tant qu'étudiants de deuxième classe ou de classe inférieure mais au contraire comme étudiants du même calibre que les autres.

Il y a donc déjà là un problème pour ce qui est de la formation préalable. D'autre part, il y a des gens qui ont les capacités voulues mais qui n'ont pas eu la possibilité de les utiliser et qui auraient donc besoin d'être suivis de

[Texte]

opportunity and therefore need special coaching and may need more time in a program to achieve the same objective.

I do not think there is any lack of intelligence among native people. I see their performance in other areas as being equal to that of anybody else. But they need an opportunity.

Mr. Axworthy: I guess my real problem is how to get people out into rural areas.

Dr. Adamack: I know it is a problem in Saskatchewan, and that is where you and I are from. But with the cost of education as it is now, getting a university degree is sometimes beyond the financial capabilities of students. If you are going to have student loan programs and some things of that nature you might want to consider forgivable loans if a person goes into some of the rural communities for a specified period of time; not forever, but probably for one to two years, or maybe even three years, beyond graduation. You are going to find a certain amount who are going to like that type of practice and will remain there, which is great; and then those who want to go on can go on. But each year you will have two or three who would fill these types of roles.

There are enough people out there who would like to do this sort of thing. It is not a new concept, and it is one that has to be addressed. I know particularly in the provinces of Saskatchewan and Manitoba there is a great need for practitioners. Our colleagues in those particular provinces are asking how do we get people out here. I know it is a problem.

Again, my home province of Saskatchewan is one where it has been addressed in the remote communities, where there are only three or four major centres. In places like Shaunavan, which is 200 miles from an ophthalmologist, you have to have something there. The needs have to be addressed. I think that is one way you might be able to do it, as in the northern portions of B.C. and Alberta and that sort of thing. You have to take a look at that as a possibility.

• 0940

Mr. Axworthy: In your brief, as in almost everyone else's, you have highlighted the connection between poverty and other social problems with health care difficulties. I wonder if you would indicate why you think, after all this time, governments have not addressed this problem with any real determination, bearing in mind that we are hearing concerns voiced about the number of dollars we spend on health care. Would you not think that we would in fact attack this problem at source rather than just leave it? It is not just a numbers problem itself; it is clearly a problem of pain and suffering that people suffer. Do you have any suggestions about why you think governments have not addressed this problem?

[Traduction]

plus près et d'avoir peut-être plus de temps pour atteindre le même objectif.

Je ne pense pas que l'on puisse dire que les autochtones ne sont pas suffisamment intelligents. Dans d'autres domaines, ils réussissent aussi bien que n'importe qui. Il faut toutefois qu'ils aient l'occasion de le faire.

M. Axworthy: Ce que je vous demande en fait, c'est comment on pourra obtenir que des gens aillent travailler dans les régions rurales.

M. Adamack: Je sais que c'est un problème au Saskatchewan et c'est de là que nous venons l'un et l'autre. Mais si l'on considère le coût de l'éducation actuellement, obtenir un diplôme universitaire dépasse quelquefois les possibilités financières des étudiants. S'il y a des programmes de prêts aux étudiants et des choses de ce genre, on peut envisager de remettre sa dette à quelqu'un qui accepte d'aller travailler pendant un certain temps dans une région rurale; pas pour toujours, mais peut-être pour un an ou deux, même trois, après son diplôme. Il y en aura un certain nombre qui apprécieront ce genre de travail et qui décideront de rester là, ce qui serait parfait; il y en a d'autres qui voudront partir et qui s'en iront. Chaque année toutefois il y en aura deux ou trois qui pourront jouer ce genre de rôle.

Il y a suffisamment de monde qui serait prêt à faire ce genre de choses. Ce n'est pas une idée nouvelle mais il faudrait y repenser. Je sais qu'en particulier au Saskatchewan et au Manitoba, il y a un besoin pressant de médecins. Nos collègues de ces provinces nous demandent comment on peut faire venir des gens là-bas. Je sais donc que le problème existe.

Je répète que dans ma propre province de Saskatchewan, on a étudié le problème des régions isolées car il n'y a que trois ou quatre grands centres. Dans des endroits comme Shaunavan qui est à 200 milles d'un ophtalmologue, il faut faire quelque chose. Il faut se pencher sur ces besoins. C'est peut-être une façon d'y parvenir, comme dans le nord de la Colombie-Britannique et de l'Alberta. Il faut envisager cette possibilité.

M. Axworthy: Dans votre mémoire, comme dans pratiquement tous ceux que nous avons reçus, vous établissez un lien entre la pauvreté et les autres problèmes sociaux et les problèmes de santé. Pourriez-vous nous dire pourquoi à votre avis, après tout ce temps, les gouvernements n'ont pas encore réussi à s'attaquer à ce problème sachant qu'évidemment certains se plaignent des sommes que nous dépensons pour la santé. Ne pensez-vous pas que l'on devrait attaquer le problème à sa source plutôt que de le négliger? Ce n'est pas simplement un problème de sous; c'est un problème de peine et de souffrance. Avez-vous une idée de la raison pour laquelle les gouvernements n'ont rien fait?

[Text]

Dr. Adamack: I do not know if I would want to try to answer why governments have not done it. I think each government comes in with their priorities, and I think it is one that is difficult to address. I cannot really answer why, but I do know there are problems that exist in these areas. I think they do have to be addressed. I think it is a problem that is escalating in this country. Again, how do you address it properly? I cannot answer that.

Dr. Woodruff: Maybe just as an addendum to what Tom has said—he is exactly right—I can relate an experience I had three summers ago. A lady who was a social worker was looking at a program for battered women. She had 56 women in the program and 66 of their children. They were mostly women living on welfare, which was \$850 a month. Of the women, 42% were heavy smokers, more than a pack a day, sometimes two packs a day. That is a fairly big cost when you are living on that amount of money. They were in a program. The children were being kept in the day care centre of the program. So I was asked if I would come and see these children. I said I would see the children, but I also wanted to see the mothers. So I did both aspects of it. I wanted to see the effect of this.

From the university, we do a large day care and nursery school program, so we have data from normal groups of children from the community. They are the people of working parents, and I would say that most of them are what would be termed middle class incomes. Almost without exception over some 18 years of experience in this, I can say that you will find among the 2- to 5-year-olds a figure of 9% who will need vision care. In the group of 66 children, the rate was 30%.

I had nutrition studies done by a nutritionist in the employ of the City of Kitchener. I know that at least one-third of the children who were assessed had low nutrition. I know the contents of diet. Half of those mothers had borne a first child when they were under 19. Their average education was about grade 9, whereas the group who had higher educations were at the low end of the spectrum of age. There are all those social factors that have to be addressed.

As far as I know, there is one person in Canada with an epidemiological education who is an ophthalmologist. There is one young woman I know and I had the Ontario government pay her way to do a doctorate at the University of Washington in Seattle. They have a program that was set up originally to train ophthalmologists, but the stipend was \$20,000 for a person to attend there. That is what you receive as a salary. They could not attract ophthalmologists, so he was anxious to get somebody in, and he took my student. She is a professor now at the University of Waterloo.

• 0945

I was trained broadly enough that most of my research has been epidemiological in nature. I wanted somebody

[Translation]

M. Adamak: Je ne suis pas sûr de vouloir essayer de répondre à cette question. Chaque gouvernement a ses propres priorités et c'en est une qu'il est difficile d'envisager. Je ne puis vous dire exactement pourquoi mais je sais que cela pose des problèmes. Il faut absolument essayer d'y remédier. C'est un problème de plus en plus important au Canada. Évidemment, comment le résoudre convenablement? Je ne sais pas.

M. Woodruff: Je pourrais peut-être ajouter quelque chose—bien que Tom ait absolument raison—à propos d'une expérience que j'ai vécue il y a trois étés. Une dame qui était travailleuse sociale s'occupait d'un programme pour femmes battues. Elle avait 56 femmes et 66 de leurs enfants. Il s'agissait essentiellement de femmes assistées sociales, qui disposaient donc de 850\$ par mois. Quarante-deux pour cent d'entre elles fumaient beaucoup, plus d'un paquet par jour, quelquefois deux paquets. C'est beaucoup quand on a si peu pour vivre. Elles participaient au programme. Les enfants étaient mis à la garderie offerte par le programme. On m'a donc demandé si je pouvais venir voir ces enfants. J'ai dit que je le ferais mais que je voulais également voir les mères. J'ai donc pu voir les deux aspects. Je voulais voir les relations de cause à effet.

À l'Université, nous avons un programme de garderie et de maternelle important si bien que nous avons des données sur les groupes d'enfants normaux. Il s'agit d'enfants de parents qui travaillent et je dirais que dans la plupart des cas on peut parler de revenu moyen. Presque sans exception, depuis 18 ans que nous faisons cela, parmi les deux à cinq ans, il y en a environ 9 p. 100 qui ont besoin de soins oculaires. Dans le groupe de 66 enfants de ces femmes battues, le chiffre était de 30 p. 100.

J'ai demandé à un spécialiste de la nutrition employé par la ville de Kitchener de faire certaines études. Je sais qu'au moins un tiers des enfants que nous avons examinés étaient mal nourris. Je sais ce qu'ils mangeaient. La moitié de ces mères avait eu un premier enfant alors qu'elles avaient moins de 19 ans. Leur niveau d'étude moyen était à peu près la neuvième année alors que le groupe dont le niveau d'étude était supérieur était en général plus jeune. Il y a tous ces facteurs sociaux à considérer.

À ma connaissance, il y a un ophtalmologue au Canada qui a fait des études épidémiologiques. J'ai demandé au gouvernement ontarien de payer à cette jeune femme des études de doctorat à l'Université de Washington à Seattle. Ils ont là-bas un programme qui avait été à l'origine mis sur pied pour former des ophtalmologues mais cela coûtait 20,000\$ par personne. C'est le salaire que l'on gagne. Ils ne réussissaient donc pas à attirer des ophtalmologues et ils étaient donc très contents d'accueillir mon étudiante. Elle est maintenant professeur à l'Université de Waterloo.

Ma formation a été suffisamment large pour que l'essentiel de mes recherches soit de nature

[Texte]

with qualifications there. But to address your question, I think part of it is that we have not been able until recently to give you data that shows the extent of the problem. Once the data is there, then usually governments can make some motion toward addressing it.

Certainly the number of single parents, which has been featured lately in a program on the news, in Ontario at least, gives me some idea of the extent of the total problem because the single parent may not be able to take care of the children in the same way. There is a lot of that but I think you have to look at some way of meeting those social conditions. In other words, you really have to look at the problem as a broader problem than simply vision.

Dr. Adamack: I would add a quick comment to that. I think that when it comes to vision care in this particular group, I do not think until recently people have been aware of the problems that exists because of it. I do not think you can address a problem if you do not know it exists. That is part of the reason we are here, I think. We feel there is a problem there. We have statistics to back it and we would like that addressed. That could be part of the reason. You cannot solve the problem that you do not know exists.

Mr. Halliday (Oxford): Mr. Chairman, I want to welcome back the delegation from the Canadian Association of Optometrists. We were together a couple of years ago. It is good to have you back and to hear the testimony of Dr. Woodruff who has long-standing experience in this area.

In the course of the recommendations reference is made to annual assessments. I assume I am correct in saying you are recommending annual assessments only in certain age groups, or is it for everybody?

Dr. Adamack: In certain age groups and where clinically necessary, but determined by the practitioner because there are certain people in certain areas that are more at risk than others.

Mr. Halliday: I understand. With reference to the proposed new school—and I think Dr. Woodruff mentioned it cost \$1.5 million for the Waterloo school—what would you estimate the cost would be now for new schools out west?

Dr. Woodruff: That was the federal contribution. The building and its equipment cost \$5.5 million and it was designed to take 50 students. We took a student body in the first year because we thought there would be attrition of ten students. There has not been, because of the quality of the people we get. So we are crowded and that is part of the reason we could not increase. We are working at maximum space allocations.

Mr. Halliday: What would you estimate a new school of comparable or adequate size would cost today?

[Traduction]

épidémiologique. Je voulais quelqu'un qui ait des qualifications dans ce domaine. Pour répondre à votre question, je crois qu'une partie du problème vient du fait que nous n'avons réussi que récemment à vous fournir des données qui illustrent l'importance du problème. Lorsqu'ils disposent des données voulues, les gouvernements sont en général davantage prêts à essayer d'y remédier.

Certes, le nombre de familles monoparentales dont on a parlé récemment aux nouvelles, du moins en Ontario, me donne une bonne idée de l'ampleur du problème parce qu'il est possible qu'un parent seul ne puisse s'occuper aussi bien de ses enfants. Il faut donc essayer d'envisager comment répondre à ces situations sociales. Autrement dit, il faut considérer le problème dans un contexte beaucoup plus large que simplement les troubles de la vue.

M. Adamack: J'ajouterai un petit commentaire. A propos des problèmes de la vue, je crois que ce n'est que récemment que l'on en a pris conscience. Or, comment attaquer un problème quand on ne sait pas qu'il existe. C'est en partie la raison pour laquelle nous sommes ici. Nous estimons que le problème existe. Nous avons des statistiques pour le prouver et nous aimerions qu'on remédie à ce problème. On ne peut pas résoudre un problème dont on ignore l'existence.

M. Halliday (Oxford): Monsieur le président, je souhaite à nouveau la bienvenue à la délégation de l'Association canadienne d'optométristes. Nous nous sommes vus il y a deux ans. Je suis content que vous soyez revenus et j'ai été très intéressé par le témoignage de M. Woodruff qui a une longue expérience dans ce domaine.

Dans les recommandations, il est question d'évaluations annuelles. Me tromperais-je en disant que vous ne recommandez ces évaluations annuelles que dans certains groupes d'âge ou est-ce pour tout le monde?

M. Adamack: Dans certains groupes d'âge et lorsque c'est cliniquement nécessaire, et prescrit par le médecin, car il y a certaines personnes dans certaines régions pour lesquelles les risques sont plus grands que pour d'autres.

M. Halliday: Bien. M. Woodruff a dit que l'école de Waterloo avait coûté, 1,5 million de dollars. À combien estimeriez-vous les coûts si l'on décidait d'ouvrir de nouvelles écoles dans l'Ouest?

M. Woodruff: C'était la contribution fédérale. Le bâtiment et le matériel ont coûté 5,5 millions de dollars et l'école devait recevoir 50 étudiants. Nous en avons pris un bon groupe la première année parce que nous pensions en perdre environ 10. Or nous n'en avons pas perdus car nous n'avons que des gens de haut calibre. Il y a donc surpopulation et c'est en partie la raison pour laquelle nous n'avons pas pu nous développer. Les locaux sont déjà occupés au maximum.

M. Halliday: Que coûterait une nouvelle école comparable aujourd'hui?

[Text]

Dr. Adamack: Those numbers would depend on the facility you have to start with, because as a profession we have been pretty adaptable in a lot of ways concerning that.

Depending on the locale of the new school, if you end up in a university like the University of Victoria there are a lot of facilities that exist there now that could be utilized, such as classroom space and things of that nature, which are there to be used anyway so there would be no additional cost in that regard.

It depends on how much you have and what you can use of what is there. To put a dollar figure to it would be pretty difficult, but I know studies have been done. I do not know what the exact numbers are. We can certainly get those numbers, but I know the University of Victoria has been looked at and a lot of the facilities that currently exist could be utilized. The initial start-up costs, I just do not know.

Dr. Woodruff: In addressing the cost factors, it would again depend on... For example, a school of optometry, we negotiated with the Ontario government and we run a public clinic. We bill OHIP for patients, but the agreement with the university was that once the cost of heat and light for the clinical space and janitorial services was taken out of funds that flowed back before the service was rendered would come into the faculty, not for the enrichment of faculty but for enrichment of equipment. That has continued over the approximately 23 years during which the school has been in existence. We did negotiate in order that about 8% of the income return to faculty in a form that enriches their capacity to do their job, aside from enhancing equipment. The funds go into books, computer support, and items of that sort.

• 0950

Mr. Halliday: With regard recommendation number two, in which you suggest there is a need for clarification and rewording of the Canada Health Act in order to address the phrase "optometrically required", and the paragraph below that phrase, on page 3, requires some clarification from my own point of view.

As Dr. Woodruff just mentioned, you bill OHIP, yet I see that you have a negotiated contract between the Government of Canada and provincial associations. At line 5 and at line 7, you refer to "optometric services" and to "dispensing services". I am not clear about the meaning of the latter term. What do you mean by a "dispensing service"?

Dr. Woodruff: There are two ways in which people physically obtain glasses in this country. One involves going to an ophthalmologist, who writes a prescription. Many optometrists also do so. Then the person goes to an optician, who primarily runs a business and therefore marks up prices of items in order to make a profit.

[Translation]

M. Adamack: Tout dépend des locaux dont vous disposez au départ parce que notre profession a toujours su s'adapter à des tas de choses à ce sujet.

Selon l'emplacement de la nouvelle école, si vous vous retrouvez dans une université comme l'Université de Victoria, il y a des tas de locaux que l'on pourrait utiliser, des salles de classe et ce genre de choses, qui existent et qui ne représenteraient donc pas de coûts additionnels.

Tout dépend de ce dont vous disposez et de ce que vous pouvez utiliser. Il serait assez difficile de vous dire ce qu'il en coûterait mais je sais que des études ont été effectuées à ce sujet. Je ne connais pas les chiffres exacts. Nous pourrions vous les obtenir mais je sais que l'on a envisagé l'Université de Victoria et que l'on a conclu que l'on pourrait utiliser beaucoup des installations qui existent là-bas. Pour ce qui est des coûts initiaux de mise en route, je ne sais pas.

M. Woodruff: Là encore, tout dépend... par exemple, une école d'optométrie, nous avons négocié avec le gouvernement d'Ontario et nous dirigeons un centre médico-social. Nous facturons l'OHIP pour nos patients mais l'entente avec l'Université est qu'une fois déduits les coûts de chauffage et d'électricité du centre et le coût des services d'entretien, l'argent qui resterait reviendrait à la faculté, non pas pour augmenter les salaires mais pour améliorer l'équipement. Cela se fait depuis la création de l'école il y a environ 23 ans. Nous avons cependant négocié pour que 8 p. 100 des recettes soient rendues à la faculté d'une façon qui lui permette de mieux faire son travail, mais pas nécessairement pour l'achat de matériel. L'argent sert à acheter des livres, des services d'ordinateur, et ainsi de suite.

M. Halliday: Dans votre recommandation numéro 2, ou vous dites qu'il faudrait remanier la loi canadienne sur la santé pour préciser les mots «obligatoire pour des raisons d'optométrie». Selon moi, cette demande et le paragraphe d'explication, à la page 4 du mémoire, méritent davantage d'explications.

Comme M. Woodruff vient de le dire, vous facturez OHIP, mais je vois qu'il y a aussi des ententes entre le gouvernement du Canada et les associations provinciales. Aux lignes 6 et 10 de la page 4, vous parlez de «services d'optométrie» et de «frais de service». Je ne vois pas très bien ce que vous voulez dire par «frais de service».

M. Woodruff: Il y a deux façons pour quelqu'un au Canada d'obtenir une paire de lunettes. Une façon consiste à consulter un ophtalmologue, qui fait l'ordonnance. Il y a aussi bon nombre d'optométristes qui le font. Ensuite, on va chez l'opticien, qui a une entreprise commerciale et qui majore le prix des articles qu'il vend pour faire des bénéfices.

[Texte]

Mr. Halliday: That was my understanding of the way the process works, but I do not read that here.

Dr. Woodruff: We are referring to the fact that much of optometry practice provides those services with respect to provision of the spectacles within practitioners' offices.

Mr. Halliday: The dispensing aspect.

Dr. Woodruff: They have established the service as entities in the service listing, as an association. Therefore, the optometrist is duty bound to supply materials at cost. In some provinces, that is even built into law. For example, if I see a patient in a practice outside the university, I am required by Ontario law to inform the person of my fees for the services I provide, over and above those services covered under OHIP.

The people we mentioned in the brief, such as the mounted police and other agencies of government that supply all those services, have recognized that dispensing fee and the time and effort one spends with the patient on that portion of the service, and the federal government will pay the optometrist for that fee and will also pay a similar fee to the dispensing optician.

As far as I am aware, optometrists are a law-abiding group of citizens and they follow that procedure. In my daughter's practice, it is routine for the patient to be told exactly what the fees are for, so that they can understand what they are paying for. They also understand and are entitled in that office and in many offices to see the invoice for the purchased materials, if they wish to do so. That approach creates an element of openness and it moves away from the standpoint of saying that a pair of glasses have something hidden within the cost.

Dr. Adamack: The approach compares with the dispensing of pharmaceutical products. A pharmacist charges for the cost of the medication, plus a dispensing fee.

Mr. Halliday: As a medical practitioner, going back to the days when we used to do a lot of dispensing and would charge for doing so, there is now a trend away from that approach—

Dr. Woodruff: Yes.

Mr. Halliday: —and we are very much discouraged from dispensing, almost on an ethical basis. In fact, the group I am associated with does not dispense and has not done so for years. Dispensing is being discouraged across the profession. Does that trend exist in optometry, in order to create a situation in which you are squeaky clean, as it were, from that point of view?

Dr. Woodruff: A number of people do so. But general physicians still provide services that need attention. If you delegate just the fitting of an appliance to an individual, some of the devices related to medicine are not different, for example, from aspects of birth prevention. It is usually the physician who supplies them, and I think when she does she is required to provide those things at cost. In other words, there is no mark-up. It is not a profit item.

[Traduction]

M. Halliday: C'est ce que je pensais, mais je n'ai pas lu cela dans le mémoire.

M. Woodruff: Nous voulons parler du fait qu'un bon nombre d'optométristes fournissent les mêmes services en vendant eux-mêmes les lunettes.

M. Halliday: C'est l'aspect service.

M. Woodruff: Cela fait partie des services rendus par l'association. L'optométriste a donc le devoir de vendre les lunettes au prix coûtant. Dans certaines provinces, c'est même prévu par la loi. Par exemple, si je vois un client à l'extérieur de l'université, la loi de l'Ontario m'oblige à l'informer des frais que je fais payer pour mes services en plus des frais remboursés par l'OHIP.

Les personnes que nous mentionnons dans le mémoire, comme les membres de la GRC et d'autres organismes gouvernementaux qui assument les frais de ces services, reconnaissent que nous devons passer un certain temps à travailler avec le client pour cette partie du service, et le gouvernement fédéral rembourse ces frais de service à l'optométriste et aussi à l'opticien.

Autant que je sache, les optométristes sont des citoyens honnêtes qui respectent la loi. Au cabinet de ma fille, on a l'habitude d'avertir le client du montant exact des frais de service pour qu'il sache ce qu'il fait. On dit aussi au client à ce cabinet et à bien d'autres cabinets d'optométristes qu'ils ont tout à fait le droit de voir la facture pour le matériel acheté s'ils le désirent. Cela crée une atmosphère de franchise et empêche les clients de dire que le prix d'une paire de lunettes renferme un élément caché quelconque.

M. Adamack: C'est la même chose pour les produits pharmaceutiques. Le pharmacien fait payer le coût du médicament plus des frais de service.

M. Halliday: Je sais que, comme médecin, nous fournissions auparavant une bonne partie des médicaments et nous faisons payer pour ce service, mais on s'éloigne maintenant de cette façon de procéder. . .

M. Woodruff: Oui.

M. Halliday: . . . et on nous dissuade de fournir nous-mêmes les médicaments, presque pour des raisons de morale. De fait, mon groupe ne fournit plus de médicaments depuis des années. On dissuade tous les médecins de le faire. La même tendance existe-t-elle dans l'optométrie pour que vous soyez au-dessus de tout soupçon à cet égard?

M. Woodruff: Il y en a certains qui le font, mais mêmes les généralistes fournissent encore certains services. On peut déléguer le simple ajustement des lunettes à quelqu'un. Ce n'est pas tellement différent de certains des appareils reliés à la contraception, par exemple. D'habitude, c'est le médecin qui fournit ces appareils et, si je ne m'abuse, dans ce cas, il doit les fournir au prix coûtant. Autrement dit, il n'y a pas de majoration. Cela ne rapporte pas de bénéfice.

[Text]

[Translation]

• 0955

I do not have any problem with optometrists dispensing when they do it in the way I have described, because then everything is known. For example, when patients have an astigmatic correction, they do not know that there is an axis or a direction in which the component that corrects the astigmatism has to lie, that it has to be accurate, that the tolerances laboratories are under when they supply that are half of one degree. You have to check that and you have to spend time doing it. You have to make sure it is fitted that way, and you should educate the patient as to how those should be worn and when they should be worn. All lenses as a general rule are designed to lie about 12.5 millimeters in front of the eye. If they do not, then they do not fulfil their requirement.

So I see dispensing as an essential part of educating the patients about their appliance and how it should be used. If that type of service is rendered in that way, it is far better than being done in a business atmosphere. In other words, lens crafters who can turn you out in about an hour is a bottom-line type of approach to the cost of an item.

I am not here to either protect or attack opticianry. There are many good people who do a very good dispensing service. That is not the point I am trying to make. If it is well done, then I do not care really who does it as long as the patient gets the benefit required and knows what he is paying for.

Ms Greene (Don Valley North): I wanted to put a few more questions about the smoking and the relation to vision impairment in fetuses. Is there any hard data on that?

Dr. Woodruff: Yes, I had a paper published in *The American Journal of Physiological Optics*, which had wide publicity when it first came out. I spent a year, as I have said, in the Department of Health in New Brunswick and my duties there were to set up a program that would see all children before school entry. The original plan for New Brunswick was going to extend the age of entry to kindergarten downward, but fiscal things got in the way and that is not so. However, I did have permission from the minister to conduct a case history survey of all the children's mothers. At the time when I stopped input of data, I had 10,600 of those records, but I actually reported on 8,400 of them. About 3,000 of those 8,000 were mothers who smoked during their pregnancy. We looked at the children and the data was related to the child's record. The relative risk was 1.7 times that those children would have an eye defect. In numbers then, in that age group 18 out of every 1,000 children might... that really meant that figure was going up somewhere near to 90 per 1,000 among the children of smoking mothers.

Ms Greene: I am wondering if the warnings on cigarette packages are inadequate. It talks about low birth

Je n'ai aucune objection à ce que des optométristes vendent des lunettes lorsqu'ils le font de la façon que j'ai expliquée parce qu'à ce moment-là tous les facteurs sont expliqués au client. Par exemple, lorsqu'un client a besoin d'une correction pour astigmatisme, il ne sait pas que l'élément de correction doit être orienté selon un axe précis et que les laboratoires de fabrication ont une tolérance de seulement de un demi degré pour de telles corrections. L'optométriste doit vérifier la correction et cela prend du temps. Il doit s'assurer que la lentille est bien ajustée et il doit expliquer au client comment et quand porter ses lunettes. De façon générale toutes les lentilles sont conçues pour être portées à environ 12,5 millimètres de l'oeil. Sinon, elles ne font bien leur travail.

Par conséquent, dans le cadre des services d'un optométriste, il est aussi essentiel de renseigner les clients sur la façon d'utiliser leurs lunettes. Si ce genre de service est rendu de cette façon, c'est beaucoup mieux que ce ne soit pas dans une atmosphère commerciale. Autrement dit, les fabricants de lentilles qui peuvent tout faire dans l'espace d'une heure réduisent au maximum leur service par rapport au coût du produit.

Je ne veux ni protéger ni attaquer les opticiens. Il y a bien des opticiens qui rendent d'excellents services. Ce n'est pas ce que j'essaie de dire. Si le travail est bien fait, peu m'importe qui le fait, tant que le client reçoit le service dont il a besoin et sait pourquoi il paie.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Je voudrais poser quelques autres questions au sujet des troubles de la vue dans les foetus causés par le tabac. Possède-t-on des données sûres là-dessus?

M. Woodruff: Oui, j'ai fait moi-même publier un rapport dans *The American Journal of Physiological Optics* qui avait fait beaucoup de bruit à l'époque. Comme je l'ai déjà dit, j'ai passé un an au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick à mettre sur pied un programme visant à faire passer un examen de la vue à tous les enfants avant qu'ils entrent à l'école. À l'origine, le Nouveau-Brunswick voulait que l'étude vise tous les enfants avant qu'ils entrent à la maternelle, mais il y a eu des problèmes financiers qui ont empêché que cela se fasse. Le ministre m'a cependant autorisé à faire un relevé de toutes les mères de ces enfants. Quand j'ai cessé de rassembler des données, j'avais déjà 10,600 dossiers, mais je n'ai fait rapport que sur 8,400 d'entre eux. Là-dessus, 3,000 mères avaient fumé pendant leur grossesse. Nous avons examiné les données reliées au dossier des enfants. Ces enfants couraient 1,7 fois plus de risques que les autres d'avoir une malformation de l'oeil. Dans ce groupe d'âge, cela signifiait que 18 enfants sur 1,000 pouvaient... en réalité, cela voulait dire que près de 90 enfants de mères qui avaient fumé pendant la grossesse sur 1,000 avaient une malformation de l'oeil.

Mme Greene: Je me demande si les avertissements sur les paquets de cigarettes sont suffisants. On parle d'un

[Texte]

weight, but it does not really talk about the potential defects. I had not heard before about the vision aspect.

Dr. Woodruff: There has been replication in the United States very similar to my data from New Brunswick, but the New Brunswick study is really the largest that addressed a vision problem. You always wish afterwards that you had done other things, because I just asked about the mother smoking. I did not ask about in-home smoking.

• 1000

One of the pieces of evidence that is emerging in that area is the number of children you see in a pediatric clinic who have asthma, and as soon as you talk to the mothers, yes, they are smoking. I have gotten to the point where I lecture mothers. I really get pretty nasty, as nasty as you can be and maintain the connection with your patient.

Ms Greene: I wonder if the warnings are simply not specific enough.

Dr. Woodruff: I am not sure. I do not know of a good study—maybe you do—of the extent to which warnings are effective in reducing this. When I talk to mothers they say they cannot quit. I then say they should smoke outside, and many of them now do. But that is not really looking after them totally, particularly, as I mentioned, the mother who is on welfare income and is still smoking. I think she is causing further detriment because she is not spending the money where it will do the most effective good for the child.

Ms Greene: Yes, definitely. The other question I had concerned the public health screening programs. It seems to me that in the Toronto area there are vision screening programs. Are they adequate?

Dr. Woodruff: No, because nurses or technicians cannot really detect astigmatism at levels where it is of detriment to the child because a child in good health will have ocular accommodations that can compensate for that. It does not mean that they do not have problems, but they can compensate to see the acuity levels, and that will not sort them out.

Dr. Adamack: I think that the same thing applies in other areas as well. The screenings that are done by health nurses in B.C. do a job, but I do not think they do an adequate job because in my own practice I see many children who have been through a second and a third screening and a lazy eye has not been picked up. Not to fault the people who are doing the screening, but that is one of a dozen different jobs they have and it is in many

[Traduction]

faible poids à la naissance, mais pas vraiment de malformation possible. C'est la première fois que j'entends parler de troubles de la vue.

M. Woodruff: D'autres études ont été menées aux États-Unis qui ont fourni des données très proches de celles que j'ai obtenues au Nouveau-Brunswick, mais celle du Nouveau-Brunswick est la plus importante qui ait porté sur des problèmes de vue. On souhaiterait toujours par la suite avoir agi autrement, parce que j'ai simplement demandé si la mère fumait. Je n'ai pas demandé si quelqu'un d'autre fumait dans la maison.

À ce propos, on voit un très grand nombre d'enfants en clinique pédiatrique qui souffrent d'asthme, et dès qu'on parle à la mère, on apprend qu'en effet elle fume. J'en suis rendu à sermoner les mères. Je prends vraiment l'air plutôt méchant, je suis aussi sévère qu'on peut l'être sans risquer de perdre ses patientes.

Mme Greene: Je me demande si les avertissements ne sont tout simplement pas assez spécifiques.

M. Woodruff: Je ne suis pas certain. Je ne connais pas de bonne étude qui indique dans quelle mesure les avertissements sont efficaces, mais vous en connaissez peut-être. Quand je parle à des mères, elles disent qu'elles ne peuvent pas cesser de fumer. Je leur dis alors de fumer à l'extérieur de la maison et plusieurs d'entre elles le font maintenant. Cela ne règle cependant pas complètement le problème, en particulier, comme je l'ai mentionné, dans le cas de la mère qui reçoit des prestations du bien-être social et qui fume toujours. Je pense que le fait de fumer est d'autant plus dommageable qu'elles ne dépensent pas le peu d'argent dont elles disposent de la façon la plus bénéfique pour l'enfant.

Mme Greene: Je suis tout à fait d'accord. Mon autre question portait sur les programmes publics de dépistage. Il me semble que dans la région de Toronto, il existe des programmes de dépistage des troubles de la vue. Sont-ils suffisants?

M. Woodruff: Non, car le personnel infirmier ou les techniciens ne peuvent pas vraiment détecter l'astigmatisme au moment où il est nuisible pour l'enfant, car un enfant en bonne santé va trouver un moyen de compenser ce trouble visuel. Cela ne signifie pas qu'il n'a pas de problèmes, mais qu'il compensera de manière à avoir le niveau de vision requis, et le programme ne permet donc pas d'identifier ceux qui ont un problème.

M. Adamack: Je pense que c'est vrai dans d'autres domaines également. Le dépistage effectué par les infirmières hygiénistes en Colombie-Britannique est efficace jusqu'à un certain point, mais je ne crois pas qu'il soit suffisant, car à mon cabinet, je vois de nombreux enfants qui ont un oeil paresseux, mais ce facteur n'a pas été décelé même quand l'enfant a subi un examen dans le cadre d'un deuxième ou d'un troisième programme de

[Text]

instances done "if they we have time", and I do not think it is addressed as it should be.

The inherent danger is that there is a false sense of security that the parents have, saying my child went through a screening today so everything must be okay. Then it is very hard on the parents afterwards when they find out that the child had a lazy eye, which, had it been detected at an earlier screening, probably would have solved the problem from a functional point of view.

Then it has a longer effect as well, that if you have children who do have a lazy eye, it not only has slowed them in their development but it restricts them from getting into certain professions and certain occupations like flying an airplane, driving a truck, driving an ambulance, things of this nature. They have all of a sudden been restricted. It is hard to face a parent when you have to tell them that stuff. They ask why it was not picked up in the school system, why was it not picked up in the screenings?

Dr. Woodruff: There is a technology that might be helpful. There is a published paper looking at your very question. It is by a physician, a medical officer of health for the region of Hamilton-Wentworth. He and I did some joint work together and were joint authors of that paper. We looked at the content of problems among things that had been screened by his nurses. We also did a program where we upgraded nurses with a 40-hour curriculum and found that we did improve, to some extent, the percentage of detection, but the biggest problem that remained was the astigmatism.

I have some research on an acuity type of card that might detect astigmatism. That is beyond discussion here because it gets technical. We have not really conducted large-scale screening studies to show that it is effective, but technology may have superceded the need for that. There are what are called automated refractors and if they were incorporated into screening systems it may be possible; this too needs to be studied. I am not recommending it wholesale, but I think I would recommend it in the north in particular, where you have large quantities of people to see in different surroundings.

[Translation]

dépistage. Ce n'est pas la faute des personnes qui procèdent au dépistage, mais ce n'est qu'une des nombreuses tâches qu'elles doivent accomplir et dans bien des cas, elles le font «si elles ont le temps» et je ne pense pas qu'elles y apportent l'attention voulue.

Le danger inhérent à ces programmes est que les parents en retirent un faux sentiment de sécurité, car ils pensent que leur enfant ne doit pas avoir de problème puisqu'il a subi un examen dans le cadre d'un programme de dépistage. C'est ensuite très difficile pour les parents qui découvrent par la suite que leur enfant avait un oeil paresseux, car ils se disent que le problème aurait pu être réglé sur le plan fonctionnel s'il avait été détecté plus tôt.

Il y a ensuite des répercussions à long terme, car en plus de ralentir le développement d'un enfant, un oeil paresseux peut les empêcher plus tard d'exercer certaines professions ou certains métiers, comme piloter un avion, conduire un camion ou une ambulance, et ainsi de suite. Ils se voient soudain limités dans leurs choix de carrière. C'est difficile d'avoir à dire cela à un parent. On nous demande pourquoi le problème n'a pas été décelé à l'école, pourquoi on ne l'a pas décelé dans le cadre des programmes de dépistage.

M. Woodruff: Il existe une technologie qui pourrait aider. Un document qui vient d'être publié examine justement votre question. C'est un médecin hygiéniste de la région de Hamilton-Wentworth et moi-même qui avons étudié la question ensemble pour ensuite rédiger ce document. Nous avons examiné le genre de problèmes qu'avaient décelé ces infirmières. Nous avons également institué un programme pour les infirmières, un cours de 40 heures qui nous a permis d'améliorer dans une certaine mesure le pourcentage de troubles détectés, mais le plus grand problème restait l'astigmatisme.

J'ai effectué des recherches sur un type de carte d'acuité visuelle qui permettrait de détecter l'astigmatisme. Nous n'en discuterons pas ici parce que c'est très technique. Nous n'avons pas vraiment effectué d'études sur une grande échelle pour montrer dans quelle mesure les programmes de dépistage sont efficaces, mais c'est peut-être inutile maintenant, étant donné la nouvelle technologie. Il existe des dispositifs de réfraction automatisés qui pourraient améliorer l'efficacité des programmes de dépistage si on les utilisait; il faut étudier également cette possibilité. Je ne recommande pas qu'on en achète en quantité industrielle, mais je pense que dans le Nord en particulier, il en faudrait, car on doit voir beaucoup de gens dans différents endroits.

• 1005

Ms Greene: Yes.

Dr. Woodruff: I did a study for the Department of National Health and Welfare and reported it about two years ago. My recommendation was that this at least be attempted for the aboriginal peoples. But I did not recommend that it be used as the basis for writing prescriptions for those people, because it does not address

Mme Greene: Oui.

M. Woodruff: J'ai fait une étude pour le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et j'ai présenté mon rapport il y a environ deux ans. J'ai demandé qu'on essaie du moins d'utiliser cet appareil auprès des autochtones. Je n'ai pas recommandé cependant qu'on l'utilise pour écrire des ordonnances pour eux, car cela ne règle pas le

[Texte]

the disease. It does not address the teaming of the two eyes together, but it would pick out those that had refractive states that needed attention and therefore reduce the professional time required. One way I had addressed meeting costs of the program is to screen in that way.

Ms Greene: Good. Thank you.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, on a point of order, I wonder if you appreciate the problem we have. I do have a question I would like to put to them. They do not have to answer it now, but perhaps they could send a response in writing.

The Chairman: You may put that, but make sure that we are allowing time for the meeting we have immediately following this one.

Dr. Halliday: I will be very brief.

Your brief is entitled "The Health Care System and its Funding". The one aspect of that you have not addressed today is the funding aspect, and that is true for many groups that we hear. Perhaps the witnesses might provide us with some comments about how they see our funding the various recommendations they have made to us, and the health care system in general.

The Chairman: Thank you. We would ask that the witnesses provide us with the information requested. As we develop the report, we may require some additional information from your association.

On behalf of the standing committee, I sincerely thank you for appearing this morning. I think it was evident by the questions asked that the committee is interested and concerned. Certainly the evidence you provided to us this morning will help in preparing our summary and report. Dr. Adamack, Dr. Woodruff, Mr. Lambert, and Dr. Hansen-des Groseilliers, we do appreciate very much the time you have taken.

Dr. Adamack: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Would the members on the subcommittee on agenda and procedure remain, please.

The meeting is adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

problème. L'appareil ne peut pas aider à coordonner les deux yeux, mais il permettrait de détecter les problèmes de réfraction dont il faut s'occuper, ce qui réduirait le temps que le professionnel doit consacrer aux patients. C'est l'une des solutions que j'avais proposées pour réduire les coûts du programme de dépistage.

Mme Greene: Bien, je vous remercie.

M. Halliday: Monsieur le président, j'invoque le Règlement. Je me demande si vous comprendrez mon problème. Il y a une question que j'aimerais poser aux témoins, mais je sais qu'ils n'ont pas la réponse avec eux et je me demandais s'ils pourraient nous faire parvenir une réponse par écrit.

Le président: Vous pouvez poser la question, mais faites en sorte que nous finissions à temps pour la réunion qui suit immédiatement celle-ci.

M. Halliday: Je serai très bref.

Votre mémoire est intitulé «La structure et le financement du système de soins de santé». L'aspect que vous n'avez pas abordé du tout aujourd'hui est celui du financement et bien d'autres groupes ont fait la même chose. Les témoins pourraient peut-être nous faire parvenir des commentaires au sujet de la façon dont on pourrait financer les diverses recommandations qu'ils ont faites, ainsi que le régime de soins de santé en général.

Le président: Je vous remercie. Nous demanderions aux témoins de nous faire parvenir les renseignements demandés. Quand nous rédigerons notre rapport, nous devrons peut-être demander à votre association de plus amples renseignements.

Au nom des membres du Comité permanent, je vous remercie sincèrement d'être venus ce matin. D'après les questions posées, il est évident, je pense, que les membres du Comité sont vraiment très intéressés par le sujet. Le témoignage que vous avez donné ce matin nous aidera sûrement à préparer notre sommaire et notre rapport. Monsieur Adamack, monsieur Woodruff, monsieur Lambert et Madame Hansen-des Groseilliers, nous apprécions vraiment beaucoup que vous ayez pris le temps de venir témoigner.

M. Adamack: Merci, monsieur le président.

Le président: Je prierais les membres du Sous-comité du programme et de la procédure de bien vouloir rester.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

From the Canadian Association of Optometrists:

Dr. Thomas L. Adamack, President;
Dr. Margaret Hansen-des Groseilliers, Secretary-
Treasurer;
Dr. M.E. Woodruff, Consultant;
Gérard Lambert, Executive Director.

TÉMOINS

De l'Association canadienne des optométristes:

M. Thomas L. Adamack, président;
M^{me} Margaret Hansen-des Groseilliers, secrétaire-
trésorière;
M. M.E. Woodruff, consultant;
Gérard Lambert, directeur exécutif.

For no. 25 see CA1 XC12-1990P12

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 26

Thursday, April 26, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 26

Le jeudi 26 avril 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, APRIL 26, 1990
(34)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:08 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Vice-Chairman, Nicole Roy-Arcelin, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, John Cole, David Dingwall, Barbara Greene, Bruce Halliday, Nicole Roy-Arcelin, Brian White, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Bob Kilger for Mary Clancy; Beth Phinney for Albina Guarnieri.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Association of Occupational Therapists: Thelma Gill, President; Jacqueline McGarry, President Elect; Margaret Brockett, Executive Director. From the Association of Canadian Teaching Hospitals: Dr. Finlay McKerracher, Secretary-Treasurer.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Thelma Gill made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

On motion of Bruce Halliday, it was agreed,—That travelling, accomodation and living expenses be reimbursed to Dr. David V. Bates, from the University of British Columbia, our expert-witness at the Parliamentary Forum on Global Climate Change held on April 23-24, 1990 in Ottawa.

At 10:01 o'clock a.m. the representative from the Association of Canadian Teaching Hospitals appeared before the Committee. Dr. Finlay McKerracher made a statement and answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 26 AVRIL 1990
(34)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 08, dans la pièce 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Nicole Roy-Arcelin (*vice-présidente*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, John Cole, David Dingwall, Barbara Greene, Bruce Halliday, Nicole Roy-Arcelin, Brian White et Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Bob Kilger remplace Mary Clancy; Beth Phinney remplace Albina Guarnieri.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De l'Association canadienne des ergothérapeutes: Thelma Gill, présidente; Jacqueline McGarry, présidente élue; Margaret Brockett, directrice administrative. De l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement: Finlay McKerracher, secrétaire-trésorier.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Thelma Gill fait un exposé puis, avec les autres témoins, répond aux questions.

Sur motion de Bruce Halliday, il est convenu,—Que les frais de déplacement et de séjour soit remboursés au Dr David V. Bates, de l'Université de la Colombie-Britannique, expert-témoin au Forum parlementaire sur les changements climatiques dans le monde, tenu à Ottawa les 23 et 24 avril 1990.

A 10 h 01, Finlay McKerracher, de l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, fait un exposé et répond aux questions.

À 11 h, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, April 26, 1990

• 0908

La vice-présidente: À l'ordre!

Nous avons le quorum. En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité continue l'étude du régime de soins de santé du Canada et de son financement.

Ce matin, nous avons le plaisir de recevoir les représentantes de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Je leur souhaite la bienvenue au nom du Comité. Je demanderais à M. Thelma Gill, la présidente, de bien vouloir nous présenter ses collaboratrices. Madame Gill, je vous donne la parole.

Ms Thelma Gill (President, Canadian Association of Occupational Therapists): Madam Chairman and hon. committee members, thank you for this opportunity to present the key elements of our brief. The Canadian Association of Occupational Therapists is a national professional organization representing in excess of 4,500 occupational therapists. We have given each of you a package of materials to which we will be referring during the presentation.

The objectives of the presentation are that the standing committee, to be reacquainted with occupational therapy services, understand the rationale for the priority recommendation in each section addressed within the brief, and have an opportunity to address questions to the presenters. In order to provide you with a short overview of occupational therapy, we would like to show you a 30-second video spot developed by our members in Saskatchewan.

• 0910

[Video Presentation]

Ms Gill: For this presentation we have chosen to focus on one recommendation from each section of our brief that we feel is the most important.

The first recommendation is that the federal government support a multidisciplinary task force of community health care professionals and representative seniors' organizations to develop national guidelines for cost-effective and care-effective community-based services in the provinces.

The importance of collaboration between professionals and consumers has been evident to us during the production of these seniors' pamphlets, as the content changed focus once that collaboration occurred and seniors advised us of their needs and issues. I refer you to the samples of those pamphlets you have in your package.

Cost efficiency is an important concern, but it must be recognized that the human resource issue is equally as important as the dollar value. There will be a smaller pool of service providers to draw upon for institutional care. It is therefore important to encourage self-care, mutual aid, and healthy environments in the community. The framework of support services that will allow this to happen needs to be defined.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 26 avril 1990

The Vice-Chairman: Order!

We have a quorum. Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee will resume its study of the Canadian health care system and its funding.

We are happy to have with us this morning representatives of the Canadian Association of Occupational Therapists. I welcome them to our Committee. I would now like to ask Ms. Thelma Gill, president of the Association, to introduce her colleagues to us. Ms. Gill, you have the floor.

Mme Thelma Gill (présidente, Association canadienne des ergothérapeutes): Madame la présidente, mesdames et messieurs, nous vous remercions de l'occasion qui nous est donnée de vous faire part des faits saillants de notre mémoire. L'Association canadienne des ergothérapeutes est un organisme professionnel national représentant plus de 4,500 ergothérapeutes. Nous vous avons remis une trousse contenant des documents auxquels nous nous rapporterons au cours de notre exposé.

Nous nous proposons aujourd'hui de vous remettre en mémoire quelques faits au sujet de l'ergothérapie, de justifier la recommandation prioritaire que nous formulons dans chaque partie de notre mémoire, et de répondre à vos questions. Pour vous donner un bref aperçu de l'ergothérapie, nous avons songé à vous présenter une courte bande vidéo de 30 secondes produite par nos membres de la Saskatchewan.

[Présentation de la bande vidéo]

Mme Gill: Nous avons donc décidé de mettre en lumière dans notre exposé la recommandation prioritaire de chacune des parties de notre mémoire.

Nous recommandons en premier lieu que le gouvernement fédéral appuie la création d'un groupe de travail multidisciplinaire composé de spécialistes de la santé et de représentants des organismes d'âinés dont la tâche sera d'établir des lignes directrices nationales sur la façon d'assurer des services de santé communautaires efficaces et rentables à l'échelle provinciale.

L'importance de la collaboration entre les spécialistes et la clientèle visée s'est imposée à nous lors de la conception de ces brochures destinées aux personnes âgées dont le contenu a d'ailleurs évolué en fonction des conseils qu'ils nous ont prodigués. La trousse qui vous a été remise contient des exemplaires de ces brochures.

La rentabilité est une préoccupation importante, qui ne doit cependant pas primer les ressources humaines. En effet, le nombre de professionnels de la santé auxquels on pourra faire appel pour dispenser des soins en établissement va diminuer. Il importe donc de favoriser l'autonomie, l'entraide et la promotion de la santé à l'échelle communautaire. Il faut définir les services de soutien nécessaires pour atteindre ces objectifs louables.

[Texte]

You have a copy of a proposal entitled "Responding to the Challenge of an Aging Population". This proposal was prepared by the Canadian Association of Occupational Therapists and funded by the Seniors Independence Program. There is a need for the ongoing support of such demonstration projects. Unfortunately, the funding allocated to SIP is time limited, so many necessary projects may not exist long enough to be effective and new projects will not be permitted to begin.

Care-effective community-based services are vitally important. The issue of co-ordination of services affects that care effectiveness. Support is necessary to determine and maintain the services that will best assist the maintenance of elderly people in their homes. There is a need for one-stop access to broadly based co-ordinated services available in the community.

These services should not be limited only to health care, but should include practical issues such as garbage collection. Betty Havens, a provincial gerontologist with Manitoba Health, cites the example of a rural widow who did not know what to do with her garbage when collection was withdrawn from her rural district. As a result, the garbage accumulated in her home. She was labelled incompetent, as she handled this problem inappropriately, and was committed to an institution. In this case, community-based services failed to meet consumer needs.

The second recommendation is that a federal-provincial interministerial advisory committee be charged with the responsibility of identifying strategies for the following: the consistent and effective care of children with special needs in the public school system. The provision of occupational therapy and other special needs care to children in use is not consistent across Canada. Integration is ideal, but teachers need consultation and support from health professionals to allow this to be a reality. For more information on this topic, I refer you to the pamphlet "Helping Students Meet the Challenge".

Second is the review of health insurance plans to encompass a broader concept of insured health care services. Community consultation services are usually limited to sickness issues. From an occupational therapy perspective, consultation and assessment for home adaptations are rarely covered. An example of this is the need to adapt a kitchen to allow a wheelchair-bound homemaker to be independent.

The third component of this recommendation is implementation of health promotion projects in the provinces. There is a need for creativity, especially in relation to lower-income groups, immigrants and cultural minorities. You have reference material from the Health Action Centre in Winnipeg, which we feel is a good example of how this can be done.

[Traduction]

On vous a remis un exemplaire de la proposition intitulée «Responding to the Challenge of an Aging Population» (Répondre au défi posé par le vieillissement de la population), qui a été préparée par l'Association canadienne des ergothérapeutes avec le soutien financier du Programme d'aide à l'autonomie des aîné(e)s. Il faut assurer le maintien de projets pilotes de ce genre. Malheureusement, ce programme est temporaire de sorte que de nombreux projets utiles ne dureront peut-être pas suffisamment longtemps pour être efficaces et de nouveaux projets ne pourront être entrepris.

L'existence de services de santé efficaces à l'échelle communautaire revêt une importance capitale. L'efficacité des services dépend cependant de la coordination entre ceux-ci. Un appui financier est nécessaire pour établir et maintenir les services qui aideront le mieux les personnes âgées à demeurer dans leurs foyers aussi longtemps que possible. Il serait aussi nécessaire de regrouper sous un même toit les services communautaires pour en assurer la coordination.

Il ne faudrait pas se préoccuper seulement de services de santé, mais de questions pratiques comme celles de l'enlèvement des ordures. Betty Havens, une gérontologue au service du ministère de la Santé du Manitoba, donne en exemple le cas d'une veuve vivant en milieu rural qui ne savait que faire de ses ordures lorsqu'on a mis fin au service d'enlèvement des ordures dans son district rural. Les ordures se sont mises à s'accumuler chez elle. Parce qu'elle ne réussissait pas à régler son problème d'ordures, on a jugé que cette vieille dame était devenue incompétente et qu'il fallait la placer en établissement. Les services communautaires n'ont tout simplement pas réussi à répondre aux besoins de cette personne.

Notre deuxième recommandation est qu'un comité consultatif interministériel fédéral-provincial soit chargé d'élaborer des stratégies cohérentes et efficaces pour venir en aide en milieu scolaire aux enfants présentant des besoins spéciaux. Il y a un manque d'uniformité au Canada en ce qui a trait aux services d'ergothérapie et aux autres services spéciaux offerts à ces enfants. L'intégration constitue une solution idéale, mais les enseignants doivent pouvoir compter sur l'aide et l'appui de spécialistes de la santé pour être en mesure de relever le défi. Pour plus de renseignements à ce sujet, je vous renvoie à la brochure intitulée «Helping Students Meet the Challenge» (Aider les élèves à relever le défi).

Il importe également de revoir les régimes d'assurance-santé pour en élargir la portée. À l'heure actuelle, seuls les services de consultation strictement médicaux sont remboursés ce qui exclut donc les services d'ergothérapie. Or, la consultation d'ergothérapeutes est nécessaire pour réaménager, par exemple, une cuisine pour permettre à une personne confinée à un fauteuil roulant de conserver son indépendance.

Le troisième volet de cette recommandation porte sur la mise en oeuvre de projets de promotion de la santé dans les provinces. Il est nécessaire de faire preuve de créativité, particulièrement pour répondre aux besoins des personnes à faibles revenus, des immigrants et des membres des minorités culturelles. Nous avons inclus une brochure du *Health Action Centre* (centre action-santé) à Winnipeg qui administre un programme de ce genre qui nous semble intéressant.

[Text]

• 0915

Finally, co-ordinating curative health care, health promotion and social programs in the community. Health promotion becomes irrelevant when basic needs such as food and shelter are unmet. Again, the Health Action Centre has programs that accomplish this.

Our third recommendation is that a federal-provincial task force, including health care professionals, economists and ethicists, develop guidelines for determining acceptable outcome measures in health care from a holistic and lifetime perspective. An acceptable outcome is that the quality of life will be improved. Everyone should have the opportunity to be a contributing member of society. Resources are readily available for life-and-death measures, but not for rehabilitation.

I refer you to the December picture in the 1990 calendar prepared by our association. With the help of provincial funding, this client was able to become self-employed. The picture shows you the positive outcome, but it does not convey the hurdles the therapist had to scale to reach this goal.

This presentation has focused on the recommendations from our brief that this committee can do something about. They all involve collaboration between provinces, ministries, professionals and consumers. The federal government, like CAOT, has the responsibility to provide leadership and to ensure that the challenge of health promotion is met. The publication "Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion" provided an excellent foundation, but now is the time to encourage and support its implementation. We thank you for this opportunity, and we would be pleased to address your questions related to our brief.

La vice-présidente: Je vous remercie beaucoup.

Ms Phinney (Hamilton Mountain): I would like to know a little bit more about your funding. Are you totally or partly covered by OHIP or at all?

Ms Margaret Brockett (Executive Director, Canadian Association of Occupational Therapists): No, we have no coverage under provincial health insurance plans at all, except when services are delivered in an institution. So it is fine as long as you are getting that service within the institution, but as soon as you try to get it within the community, you are not covered by health insurance plans.

Ms Phinney: Do you have a set fee, or could each person charge whatever they want per hour? Do you charge by the hour?

Ms Brockett: Each person can charge exactly what they feel their services are worth, and usually by the hour, but we have very few people working in private practice in that type of setting at this point. Most of our members are employed in facilities or by home care—programs of that nature.

Ms Phinney: You suggested that you are concerned that the proposed goods and services tax will negatively affect you, because 7% is going to be added on top of your fee.

[Translation]

Enfin, la coordination des soins curatifs, de la promotion de la santé et des programmes sociaux s'impose. La promotion de la santé n'est pas pertinente si l'on ne répond pas d'abord aux besoins fondamentaux que constituent le logement et la nourriture. Le *Health Action Centre* offre, encore une fois, des programmes de coordination.

Notre troisième recommandation est qu'on constitue un groupe de travail fédéral-provincial, composé de spécialistes de la santé, d'économistes et de déontologues, dont le rôle sera de proposer des résultats souhaitables dans une perspective globale de la santé. L'amélioration de la qualité de vie devrait naturellement constituer l'un de ces objectifs. On devrait aussi trouver le moyen de permettre à chacun de jouer un rôle utile dans la société. On affecte des ressources à la sauvegarde de la vie, mais non à la réadaptation.

Je vous renvoie à la photo du mois de décembre qui figure dans le calendrier de 1990 qu'a fait paraître notre association. On y montre une personne qui, avec l'aide financière du gouvernement provincial, s'est mise à son compte. Cette photo, qui illustre bien un résultat positif, ne peut pas dépeindre tous les efforts consentis par l'ergothérapeute pour en arriver là.

Nous avons insisté sur les recommandations de notre mémoire à la mise en oeuvre desquelles le comité peut contribuer. Elles exigent toutes la collaboration des divers ministères provinciaux, des spécialistes et des clients. Le gouvernement fédéral, comme notre association, a la responsabilité de faire preuve de leadership et de s'assurer que la promotion de la santé devienne une réalité. La publication «La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé» constitue un excellent point de départ, mais le temps est maintenant venu de passer aux actes. Nous vous remercions de votre attention, et nous sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

The Vice-Chairman: Thank you very much.

Mme Phinney (Hamilton Mountain): J'aimerais savoir si vos services sont partiellement ou totalement remboursés par le régime d'assurance-maladie de l'Ontario.

Mme Margaret Brockett (directrice administrative, Association canadienne des ergothérapeutes): Nos services ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux à moins d'être dispensés en établissement. Dans tous les autres cas, nos frais ne sont pas remboursés.

Mme Phinney: Le tarif horaire est-il fixe ou varie-t-il en fonction de chaque personne? Votre tarif est bien calculé sur une base horaire, n'est-ce pas?

Mme Brockett: Chaque ergothérapeute est libre de fixer le tarif qui lui convient. Il s'agit d'habitude d'un tarif horaire, mais très peu d'ergothérapeutes sont actuellement en pratique privée. La plupart de nos membres travaillent dans des établissements de santé ou participent à des programmes de soins à domicile.

Mme Phinney: Vous avez dit craindre que la TPS de 7 p. 100 constitue un problème pour votre clientèle.

[Texte]

Ms Gill: When we wrote this brief, that was definitely an issue for us. We have had some success with our lobbying efforts and have now been included in those health care professionals who will be exempt in the community. Our concern was that a consumer would be able to access our services in a facility without paying the 7%, but the minute they themselves tried to move into their health promotion prevention in the community, they were going to have to pay. So we were very successful in our lobbying efforts, and in the last revision we are exempt. At this moment, that is not an issue for us.

Ms Phinney: Thank you.

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): I apologize for being a little late. Did you touch at all on community health centres? I guess we have seen some kind of a shift, a redistribution of funds or whatever towards community health centres.

• 0920

Are you in favour of this? Are they in place in other countries? I know there are some in Ontario. In my own region it is causing quite an uproar, because it is part of the power struggle involving the institutional type of health care we have become accustomed to, as good as it has been. Perhaps it is not enough to just improve upon it. That does not seem to be what it says here, but in fact we are taking funds away from institutional health care and putting it in community health centres.

Personally, I view it favourably. I do not pretend to have anywhere near enough information to promote it to that extent, but as I say my initial reaction is favourable. Can you elaborate a bit on your views and experience thus far?

Ms Gill: I think our association shares your view. We are very much in support of community health services. We recognize that there are needs for institutions, certainly in the area of acute care, and I do not think anyone assumes a community service will replace that. I think the strength of the community services is in meeting basic needs of people, and in the co-ordination of their care and the educational side of health. In your package is an example of a health centre in Winnipeg in which occupational therapists have been very much involved and feel is an excellent example of how it can happen. That particular health centre is connected with a major teaching facility, and they work very well together.

Mr. Kilger: One of the arguments we hear is the duplication of services. Is that something we should be concerned about? In what way is it alleviating some of the pressures on the institution?

Ms Gill: I think you are very accurate in your recognition of the power struggle. I think we have to educate health care professionals as much as consumers about which services are better delivered in the community. There is certainly a danger at this moment in time that certain rehabilitation services will be offered in both places. I think we have to educate everyone to move what we can into the community, because then it is more a health promotion focus and not a sickness model.

[Traduction]

Mme Gill: Nous nous préoccupons en effet de l'incidence de la TPS au moment de la rédaction de notre mémoire. Entre-temps, nous avons réussi à obtenir que nos services dispensés en milieu communautaire soient inclus aux nombre de services de santé qui seront exonérés de la TPS. Nous avons fait valoir que nos services seraient exonérés s'ils étaient dispensés en établissement, mais qu'ils seraient assujettis à la TPS dans tous les autres cas. Nos pressions ont donc porté fruit, et nous avons réussi à obtenir une exonération. La question ne nous préoccupe donc plus.

Mme Phinney: Je vous remercie.

M. Kilger (Stormont—Dundas): Je m'excuse d'être arrivé en retard. Avez-vous parlé des centres de santé communautaires, sur lesquels on semble avoir mis l'accent ces derniers temps?

Êtes-vous en faveur de ce genre de centres? Existont-ils dans d'autres pays? Je sais qu'il y en a quelques-uns en Ontario. Dans ma propre région, ils suscitent tout un débat entre leurs partisans et ceux des établissements de santé que nous connaissons et qui nous ont toujours offert des soins de qualité. Il ne suffit peut-être pas tout simplement d'améliorer la qualité des soins offerts dans ces établissements. Quoi qu'il en soit, nous dirigeons maintenant vers les centres de santé communautaires une part des fonds qui allaient auparavant aux établissements de santé.

Personnellement, je suis en faveur de ces centres. Je ne peux pas vraiment m'en faire le promoteur car je ne suis pas suffisamment renseigné à leur sujet, mais j'y suis en principe favorable. J'aimerais connaître votre avis à leur sujet.

Mme Gill: Notre association partage votre position. Nous approuvons sans réserve les services de santé communautaires. Les établissements de santé ont bien sûr leur rôle à jouer, en particulier dans le domaine des soins de courte durée, et personne ne pense que les centres de services communautaires pourront les remplacer. Je crois que ce qui fait la force des centres de services communautaires, c'est qu'ils répondent aux besoins élémentaires des gens, coordonnent les services qui leur sont offerts et jouent un rôle éducatif. Nous avons cité en exemple le centre de santé de Winnipeg où des ergothérapeutes jouent un rôle important. Ce centre de santé est jumelé à un important établissement d'enseignement avec lequel il collabore étroitement.

M. Kilger: Certains craignent que ces centres fassent double emploi. Faut-il nous préoccuper de ce problème? Dans quelle mesure ces centres règlent-ils le problème de l'encombrement des hôpitaux?

Mme Gill: Je crois qu'il est vrai que nous assistons à un véritable bras-de-fer entre ces deux types d'établissement. Il faut convaincre tant les professionnels de la santé que les consommateurs que certains services peuvent être offerts plus efficacement dans des centres communautaires. Le risque de double emploi existe certainement à l'heure actuelle, surtout en ce qui a trait à certains services de rééducation. Je crois qu'il faut offrir le plus de services possible dans les centres communautaires, ce qui permet de mettre l'accent sur la promotion de la santé et de nous éloigner du modèle axé sur la maladie.

[Text]

Ms Jacqueline McGarry (President-elect, Canadian Association of Occupational Therapists): In London we have just opened a community-based multicultural health centre. One of the things we find happening with new immigrants and people who come to live here is that they do not use health care services appropriately. Most of the women they contacted through this centre did not have family doctors. Instead, they used emergency services, a very expensive service, and there is no way of tracking that. They believe we are looking at not a duplication of service but a different service, a service based on what the community wants as opposed to what medicine wants. And they see the empowerment of the consumer as the major focus for them.

Mr. Kilger: When you use the word "multicultural", are there any linguistic connotations? I will relate it to a specific case in my riding. It has been called a francophone health centre because the application for the health centre was made by a francophone group. I understand they are able to serve clients in the French language, the other official language, or any language for that matter.

It is not a denial of service, but the original connotation was that it was going to be directed to one specific. . . That is why I find your comments interesting with regard to the multicultural centre. Would that centre in London have the ability to serve people in both official languages? I am not familiar with your—

Ms McGarry: It certainly would in the official languages, but London also has many Portuguese, Chinese and Vietnamese. We have doctors who can serve them in their native tongues. One of the reasons for setting up this particular health centre was that there seemed to be a need and that these communities were not being well-served. So the service is definitely not offered in just French and English.

• 0925

Mr. Kilger: No. I understand and your point is well taken. I did not mean to relate the situation only to the two official languages. The capacity is there to serve people to a greater facility culturally, if you will, than does existing institutional care.

Ms McGarry: Yes. I would like to point out that the centre is there because it goes to the community that receives those services. The staff of a centre look in its locale and determines what that community requires, then they take from the resources of the community.

Mr. Kilger: Did the community make application for this particular community health centre?

Ms McGarry: Actually, it was made by a lady who works in health care and who saw a need when she was working with the Thames Valley District Health Council and various other organizations. There is a heavy multicultural group in London, so it seems—

Mr. Kilger: Thank you very much for your comments. I am sorry if I have detracted a bit from occupational therapists, but I just saw an opportunity to be enlightened.

[Translation]

Mme Jacqueline McGarry (présidente élue, Association canadienne des ergothérapeutes): À London, nous venons d'ouvrir un centre de santé communautaire à vocation multiculturelle. Nous avons constaté que les immigrants ne savent pas comment se servir des services de santé. La plupart des femmes qui ont été dirigées vers ce centre n'avaient pas de médecin de famille. Pour consulter un médecin, elles allaient au service d'urgence d'un hôpital, ce qui est très coûteux. Ce centre n'offre donc pas les mêmes services qu'un hôpital, mais un service qui répond aux besoins de la communauté. Les responsables de ce centre se fixent comme objectif premier de répondre aux besoins des consommateurs.

M. Kilger: Ce centre à vocation multiculturelle offre-t-il des services dans différentes langues? Je voudrais vous citer l'exemple d'un centre de santé de ma circonscription. On a dit qu'il s'agissait d'un centre de santé francophone parce que la demande pour ce centre a été faite à l'origine par un groupe francophone. Le centre peut servir ses clients en français ainsi qu'en anglais et sans doute dans d'autres langues.

Il n'a jamais été question de refuser les services à qui que ce soit, mais le centre devait d'abord répondre aux besoins d'un groupe particulier. . . J'aimerais savoir si le centre multiculturel de London offre des services dans les deux langues officielles? J'ignore. . .

Mme McGarry: Le centre offre certainement des services dans les deux langues officielles, mais la ville compte également une population portugaise, chinoise et vietnamienne. Les médecins du centre peuvent servir ces gens dans leur langue maternelle. Si ce centre de santé communautaire particulier a vu le jour, c'est qu'il semblait répondre à un besoin, et que la communauté n'était pas bien servie. Le service dans ce centre n'est pas offert uniquement en français et en anglais.

M. Kilger: Non. Je comprends, vous avez raison. Je ne voulais pas ramener la question uniquement aux deux langues officielles. Il est possible d'offrir à la population un service un peu plus axé sur sa culture que ne le font les établissements traditionnels.

Mme McGarry: Oui. J'aimerais souligner que si le centre existe, c'est qu'il répond aux besoins de la communauté qu'il dessert. Le personnel d'un tel centre examine les conditions locales afin de déterminer les besoins de la communauté où ils vont puiser les ressources nécessaires.

M. Kilger: Est-ce la communauté qui a présenté la demande dans le cas de ce centre de santé communautaire?

Mme McGarry: En fait, c'est une dame du milieu des soins de santé qui a constaté que le besoin existait alors qu'elle travaillait pour le *Thames Valley District Health Council* et divers autres organismes. La population multiculturelle est nombreuse à London, et donc il a semblé. . .

M. Kilger: Merci beaucoup. Je regrette si je me suis un peu éloigné du sujet des ergothérapeutes, mais j'ai sauté sur l'occasion de me renseigner.

[Texte]

Ms McGarry: I do not think you are detracting from them, because there is a real role for occupational therapy in terms of education, home care, skill building, and coping with the stresses of being in another country. There are many others, but those are some areas.

Mr. Halliday (Oxford): Since the president of the Canadian Association of Occupational Therapists comes from the major city in my riding, perhaps you would allow me to congratulate her on having been elected president of her association. We are pleased to have her and her colleagues with us today.

Ms Gill: Thank you.

Mr. Halliday: I have certainly appreciated hearing about the work of your group. We have heard that you have three locales for your practice, consisting of two care institutions, and we have heard suggestions that you might like to be involved in the community health centres as well as in the home.

I presume a lot of your work would take place in the home, if you had a choice, because people actually live and carry on their daily activities there. Is that correct?

Ms Gill: Not just in the home, but in areas where people are coping with life problems.

We have listed many settings in our brief. We now have occupational therapists working in industrial settings carrying out job analyses and reassigning people to appropriate tasks after an injury. We have therapists in the school system and now have them working in other aspects of industry, with respect to planning for retirement, as well as anywhere people are trying to cope with things that are related to self-care, productivity and leisure, which are our areas of focus. Those are the areas where we would like to be.

Mr. Halliday: It seems to me that the work that members of the association do is almost like motherhood in that people would not challenge whether it is needed or is an appropriate activity in the health care system. I would therefore think that, if governments had the money they would like to have, they would have funded it. I cannot see any other reason for why they would not want to fund it because it seems to be the kind of activity that is needed.

I am not trying to be nasty to this association, but it is no different from most associations we have seen, in that you have completely failed to address the second major aspect of our committee's study, namely the funding of health care.

I would be very interested to know what your thoughts are on how we are going to fund what you are proposing, because the only reason you do not have what you are asking for is because of a lack of funds, in my view. I cannot see any other reason for not having it. I think that funding is one of the keys to getting what you want.

[Traduction]

Mme McGarry: Je ne pense pas que vous vous éloigniez du sujet, puisque les ergothérapeutes ont un rôle très concret à jouer au niveau de l'éducation, des soins à domicile, de l'acquisition de compétences et de l'adaptation au milieu qui aide les immigrants à faire face au stress que provoque la vie dans un autre pays. Nous avons de nombreux autres rôles, mais ce sont là quelques-uns des principaux.

M. Halliday (député d'Oxford): Puisque la présidente de l'Association canadienne des ergothérapeutes vient de la principale ville de ma circonscription, vous me permettrez de la féliciter de son élection à la présidence de son association. Nous sommes heureux de l'accueillir elle et ses collègues aujourd'hui.

Mme Gill: Merci.

M. Halliday: J'ai été très heureux d'entendre parler du travail de votre groupe. Vous nous avez dit que vous exerciez vos activités dans trois types de locaux, dans deux cas des établissements de soins et vous nous avez également dit que vous aimeriez pouvoir offrir vos services dans les centres de santé communautaires ainsi qu'à domicile.

Je présume que vous dispenseriez souvent vos soins à domicile, si vous le pouviez, puisque c'est là que vivent les gens, et qu'ils s'adonnent à leurs activités quotidiennes, n'est-ce pas?

Mme Gill: Pas uniquement à domicile, mais partout où les gens font face à des problèmes quotidiens.

Nous énumérons plusieurs endroits du genre dans notre mémoire. Il y a maintenant des ergothérapeutes en milieu industriel qui effectuent des analyses de poste et réaffectent le personnel à de nouvelles fonctions après un accident. Il y a des ergothérapeutes dans les écoles et certains de nos membres s'intéressent maintenant à la planification de la retraite, bref on les trouve partout où les gens tentent de régler des problèmes liés aux soins personnels, à la productivité et aux loisirs, nos principaux domaines de préoccupation. Ce sont les secteurs où nous aimerions exercer nos activités.

M. Halliday: Il me semble que le travail des membres de votre association est un peu comme la maternité; personne n'en conteste le besoin ni la nécessité au sein de notre régime de soins de santé. J'aime penser que si les gouvernements disposaient de l'argent nécessaire, c'est un domaine d'activité qu'ils financeraient. Aucune autre raison, à mon avis, n'explique le manque de financement puisque c'est manifestement une activité nécessaire.

Je ne veux pas critiquer votre association, mais vos propos sont semblables à ceux de la plupart des associations que nous avons déjà entendues en ce sens que vous n'avez pas dit un seul mot sur le deuxième principal aspect de l'étude du comité, à savoir le financement des soins de santé.

Je suis très curieux de savoir comment vous proposez de financer vos suggestions, puisque à mon avis, la seule raison qui explique que vous n'avez pas ce que vous réclamez, c'est le manque d'argent. Rien d'autre n'explique, je pense, la carence actuelle à ce niveau. Je pense que le financement est essentiel à ce que vous réclamez.

[Text]

Ms Gill: I will respond to that request from a couple of directions, the first being that occupational therapy is viewed as a quality-of-life issue. It is difficult to obtain funding from funds that are already allocated. We do not need to talk about new moneys at all in this particular comment because, as we have said in our brief, funds tend to go to the life-and-death situations, which we are not.

We will improve the quality of someone's life and hopefully make them much more independent, so they will be less dependent on society and will feel better about themselves, but we are not going to save their life, in the strictest sense.

• 0930

The second issue is that we would certainly like to see more educational funding to increase our ability to train occupational therapists. We have been working very closely with the provincial governments and in most provinces have had success in increasing undergraduate enrolment.

We would like to see not necessarily an allocation of new moneys but a recognition that moneys can be reallocated to community services, to funding health care education and promotion. Since "Achieving Health for All" was presented, I think all the briefs we have made have taken that focus. That is our difficulty. It is not that we need new money; the money is there.

Mr. Halliday: Many of the witnesses we have talked to have made this suggestion, that what we need is not new money but a reallocation and a redistribution. As we walked over here this morning, Mr. White and I were discussing the fact some groups have told us that maybe 50% of the coronary bypass surgery done is not needed. Presumably you could get a lot of funds from the high-tech sides of health care.

That is fine, maybe 50% of them are not needed. But if somebody suggests to me that my symptoms could be improved by a bypass, I would want to be in the 50% having it done. I want to make sure of that. I do not want a bureaucrat telling me it is not going to be done.

Mr. Dingwall (Cape Breton—East Richmond): We will have to take a vote on that.

Mr. Halliday: I guess I am suggesting that it is easy to say we are going to redistribute or reallocate funds. But I want Dr. Keon to carry on with the work he is doing. I may need his service at some time.

The same is true with kidney transplants. We would not have all these advances that we now take for granted unless money was spent on high-tech. So I really cannot accept the idea that we are going to reallocate funds. There may be areas for efficiencies. That may be so. But I do not think reallocation is the answer.

Ms Gill: As a rehab profession, all we would ask is that before automatic allocation of funds is given to more of the high-tech things you are describing, the people giving out the money should take a good look at whether that is the best use of that health care dollar in that community. This is all we are asking.

[Translation]

Mme Gill: Il faut envisager la question sur plusieurs plans, tout d'abord le fait qu'on considère que l'ergothérapie est une question de qualité de vie. Il est difficile d'obtenir une partie des fonds qui ont déjà été alloués. Je n'aborderai même pas la question des nouveaux fonds, car comme nous le disons dans notre mémoire, le financement est orienté vers des situations de vie ou de mort dans lesquelles nous n'avons aucun rôle à jouer.

Nous améliorons la qualité de vie des gens afin de les rendre plus autonomes, moins dépendants de la société, plus à l'aise avec eux-mêmes, mais nous n'allons pas leur sauver la vie, à strictement parler.

Deuxièmement, nous aimerions voir une augmentation du financement affecté à l'enseignement afin de nous permettre de former un plus grand nombre d'ergothérapeutes. Nous travaillons en très étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux et, dans la plupart des provinces, avons réussi à faire augmenter le nombre des inscriptions au premier cycle.

Nous ne réclamons pas nécessairement de nouvelles allocations, mais simplement une redistribution du financement actuel au bénéfice des centres communautaires, et de l'éducation en matière de soins de santé et sa promotion. Depuis la publication de «La santé pour tous», tous nos mémoires ont eu ce même thème. Voilà la difficulté. Nous n'avons pas besoin de trouver de l'argent, l'argent est déjà là.

M. Halliday: De nombreux témoins nous ont dit la même chose, ce n'est pas une question d'argent, il s'agit plutôt de réallouer et de redistribuer le financement actuel. Justement, en venant ici ce matin, M. White et moi-même discutons du fait que certains groupes nous ont dit que dans 50 p. 100 des cas peut-être, il n'était pas nécessaire d'effectuer des pontages. Je présume qu'il y a beaucoup d'argent qu'on pourrait aller chercher dans les budgets d'équipement très perfectionné.

Évidemment, c'est facile de dire que dans 50 p. 100 peut-être des cas, les pontages n'étaient pas nécessaires. Mais si on me disait que mon état s'améliorerait si j'avais un pontage, je voudrais faire partie des 50 p. 100 qui subissent cette intervention. Je voudrais m'en assurer. Je ne voudrais pas qu'un fonctionnaire me dise que je n'aurais pas mon pontage.

M. Dingwall (député de Cape Breton—Richmond—Est): Nous allons devoir nous prononcer par vote.

M. Halliday: Il est facile de dire que nous allons redistribuer ou réallouer le financement. Mais je veux que le docteur Keon continue son travail. J'aurai peut-être besoin de ses services un jour.

Il en va de même des greffes de reins. Nous n'aurions pas tous ces progrès reconnus si nous n'avions pas investi dans la haute technologie. Je ne peux donc accepter l'idée de redistribuer le financement. Il y a peut-être lieu d'être plus efficace dans certains domaines. Mais je ne pense pas que la redistribution des ressources constitue la solution.

Mme Gill: Comme professionnels de la réadaptation, nous demandons uniquement qu'avant d'attribuer automatiquement le financement à de l'équipement de plus en plus perfectionné comme celui dont vous parlez, on songe à s'assurer que c'est la meilleure façon d'investir dans les soins de santé dans une localité particulière. C'est tout.

[Texte]

I prefaced my remarks by saying that we recognize the importance of those high-tech things. We too were talking about this on the way over. Unfortunately we did not come up with any magic answer.

We all recognize that we are not going to change the system overnight. We feel some responsibility, as we educate our practitioners, to begin to address more of these issues. We would hope that there would be some forum and that this would be one of the things addressed at one of the all-player task forces we have suggested in order to talk about the education of health care professionals.

We have to start talking more about health and prevention and promotion than about the treating of sickness. We could have prevented 50% of those bypass operations. We think that is the level we have to start at.

Ms McGarry: The multicultural health centre was telling me that they are looking at what the consumer wants. You may be the consumer who wants the bypass, but there are many people who have surgery because the doctor tells them it is what they need.

There is not a feeling of choice, that the role of the professional is to perhaps, with their expert knowledge, inform the consumer so the consumer can make the choice. I know a gentleman who chose not to have surgery. He felt that he had lived his life, that he was old enough, and he chose not to.

Mr. Halliday: It has always been that way, though.

Ms Gill: The consumer does not always know that this is all right too.

Ms McGarry: A lot of pressure is brought to play by the health professionals to do it the way they think is best as opposed to the way the consumer really would choose.

• 0935

Mr. Dingwall: After listening to Dr. Halliday, for whom I have great respect, I think he came to a very crucial issue in terms of the funding of our health care system. I will have a few queries with that in just a moment.

Is it not a fact that occupational therapists, physiotherapists, those who are involved in rehabilitation. . . is it not a fact that the medical community, and in particular doctors—and I do not refer to my colleague over there—and hospital administrations view this as a frill, and that is why it is not a priority?

Ms Brockett: That is the point I was about to make. I think if we look at high-tech as being the only answer to people's problems, we are looking at only half the issue. It may be fine to have a coronary bypass or to have someone who has been injured in a motor vehicle accident resuscitated, but if that life is not worth living one questions the value of that procedure.

I think too often we are finding that people are left high and dry after having had the coronary bypass or the life-saving measure and have not had the rehabilitation that has allowed them to go back to being a contributing member of

[Traduction]

Au début de mon exposé, j'ai dit que nous reconnaissons l'importance de cet équipement très perfectionné. Nous-mêmes en discussions en venant ici. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé de solution magique.

Nous comprenons que nous n'allons pas transformer le système du jour au lendemain. Nous pensons qu'il est de notre ressort, jusqu'à un certain point, de sensibiliser les membres de notre profession afin de stimuler une réflexion sur ces questions. Nous espérons trouver une tribune pour cette discussion; peut-être justement pourrait-il être question au sein de l'un des groupes de travail multidisciplinaires que nous avons proposés de l'information des professionnels de la santé.

Il faut commencer à mettre l'accent sur la santé, sur la prévention et la promotion par opposition au traitement. Nous aurions pu éliminer la nécessité de pontages dans 50 p. 100 des cas. C'est à ce niveau qu'il faut commencer, à notre avis.

Mme McGarry: Au centre de santé multiculturel, on me disait que l'on tient compte de ce que veut le consommateur. Comme consommateur, vous voulez peut-être un pontage, mais nombreux sont les patients qui se soumettent à une intervention chirurgicale parce que c'est ce que leur recommande leur médecin.

On n'a pas l'impression d'avoir de choix. Or le rôle du professionnel serait peut-être, vu ses connaissances spécialisées, d'informer le consommateur afin que celui-ci puisse faire un choix. Je connais un homme qui a décidé de ne pas avoir d'intervention chirurgicale. Il était d'avis qu'il avait vécu sa vie, qu'il était vieux et il a décidé de s'en passer.

M. Halliday: Cela a toujours été le cas.

Mme Gill: Le consommateur ne sait pas toujours que cette option existe.

Mme McGarry: Les professionnels de la santé essaient de vendre aux patients ce qu'ils considèrent être préférable plutôt que de laisser le consommateur choisir.

M. Dingwall: Les propos de M. Halliday, pour qui j'ai beaucoup de respect, portaient sur un aspect crucial, le financement de notre régime de soins de santé. J'aimerais revenir sur cette question dans quelques instants.

Pour l'instant toutefois, n'est-il pas vrai que les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, tous ceux qui travaillent à la réadaptation. . . N'est-il pas vrai que les milieux médicaux et tout particulièrement les médecins—et j'exclus mon collègue de l'autre côté—et les administrateurs d'hôpitaux considèrent que ces services de réadaptation sont des services accessoires et non pas prioritaires?

Mme Brockett: J'allais justement le dire. Si nous considérons que la haute technologie constitue la seule solution aux problèmes des gens, nous ne tenons compte que de la moitié des possibilités. C'est parfait d'avoir un pontage ou une réanimation dans le cas d'un accidenté de la route, mais si ensuite, la vie qu'on mène n'en vaut pas la peine, il y a lieu de s'interroger sur ces interventions.

Je pense qu'il arrive trop souvent qu'ensuite, après le pontage ou toute autre intervention réussie in extremis, le patient reste en plan sans les soins de réadaptation qui lui auraient permis de redevenir un membre actif de la société. Il

[Text]

society. You cannot stop short half-way through the process. I think we are seeing funding that only goes so far, and therefore the rest is lost. We have a lot of people who then become dependent on society instead of going back.

Mr. Dingwall: I state that because of my own personal experience. My spouse was a director of rehabilitation services in a hospital out east and it became very clear, particularly at budget time, where the priorities were—and it certainly was not with rehabilitation services. The gatekeepers of the health care system are the medical doctors.

Do you agree that we should maintain the fee for service or do you believe we should change it? If so, why?

Ms Brockett: I think we have seen an example in New Brunswick in the extramural hospital system where I believe they are not operating on a fee-for-service basis but rather on a per capita basis. I think that probably allows for a fairer distribution of the moneys available to provide the services. We are all in the game of wanting more resources. Somehow we have to find a way of sharing them better.

Mr. Dingwall: What do you mean by capitalization or on a per capita basis? I am from down east, I am kind of slow. I do not understand some of these words you use.

Ms Brockett: I think moneys are made available according to the numbers in the population, as opposed to the number of people who are actually coming for service.

Mr. Dingwall: Do you find that principle you now put forward is an acceptable principle within your own profession at the present time or is it just a principle you are putting forward for the purposes of debate and discussion?

Ms Brockett: I think at the present time most of our members would be supportive of that principle. I think we are seeing more people moving into private practice because of the frustrations of not getting adequate resources in the institutions assigned to them. They see this as a way of having a little more say in what they do and in being able to apply resources to work with. At this time I would suggest that most of our members would support that idea of capitalization, such as it is.

Ms Gill: Another reason we would speak against the fee for service is the pressure it puts on the health care provider in not being able to attend to all the problems attached to what may be the presenting problem. If I am on fee for service, I know I have to see six patients an hour to meet what I require to live.

One of those patients comes in, has an incredible convulsion attached to a problem, and I choose not to deal with it; whereas if I am on a salaried level that meets my needs, what the patient needs the patient gets. I think it removes that pressure from the system.

• 0940

Mr. Dingwall: You are still contingent on the medical profession for your financial remuneration, in terms of referrals.

[Translation]

ne faut pas s'arrêter à mi-chemin dans le traitement. Je pense que le financement actuel ne permet de dispenser qu'une partie des soins adéquats et donc le succès obtenu est inutile. Par conséquent, de nombreux patients dépendent ensuite de la société au lieu de se réintégrer.

M. Dingwall: Je me fonde sur mon expérience personnelle. Mon épouse a été directrice des services de réadaptation d'un hôpital de l'Est où il était facile de constater, surtout au moment du budget, quelles étaient les priorités—ce n'étaient certes pas les services de réadaptation. Les médecins sont les contrôleurs du régime de soins de santé.

À votre avis, faut-il continuer à rémunérer les médecins à l'acte ou pensez-vous qu'il faille changer de système? S'il faut changer, pourquoi?

Mme Brockett: Je pense que l'on trouve justement au Nouveau-Brunswick un exemple d'un système para-hospitalier fondé non pas sur le paiement à l'acte, mais sur la rémunération forfaitaire par personne. Je pense qu'ainsi le budget disponible est sans doute réparti de façon plus équitable entre les services. Nous voulons tous obtenir plus de ressources. Or ce qu'il faut, c'est trouver une meilleure formule de partage.

M. Dingwall: Qu'entendez-vous par capitation ou rémunération forfaitaire par personne? Je viens de l'est du pays, je suis lent. Je ne comprends pas ce que vous voulez dire par ces termes.

Mme Brockett: La rémunération repose sur le nombre d'habitants plutôt que sur le nombre de personnes qui se prévalent du service.

M. Dingwall: Ce principe serait-il acceptable aux membres de votre propre profession ou s'agit-il simplement de quelque chose que vous avancez aux fins de la discussion?

Mme Brockett: Je pense qu'à l'heure actuelle, la plupart de nos membres appuieraient ce principe. Ils sont de plus en plus nombreux je pense à s'établir en pratique privée à cause de la frustration qu'entraîne le manque de ressources adéquates dans les établissements hospitaliers. Ils peuvent ainsi mieux contrôler leur travail et utiliser leurs ressources. Je pense donc qu'à l'heure actuelle, la plupart de nos membres appuieraient la capitation.

Mme Gill: Si nous critiquons le paiement à l'acte c'est également parce qu'ainsi le professionnel de la santé doit subir le stress de ne pas pouvoir régler tous les problèmes de santé d'un patient qui vient le voir pour un problème particulier. Si je suis rémunéré à l'acte, je sais que je dois voir six patients à l'heure afin de gagner ma vie.

Si un patient se présente dont le problème est accompagné de circonvolutions incroyables je déciderai de ne pas m'en occuper; par contre, si je touche une rémunération qui répond à mes besoins, le patient obtiendra ce dont il a besoin. Il n'y a plus les mêmes pressions.

M. Dingwall: La profession médicale contrôle toujours votre rémunération puisqu'il vous faut sa recommandation.

[Texte]

Ms McGarry: No.**Mr. Dingwall:** Not at all for occupational therapists?

Ms McGarry: It depends on the facility where the services are being received. From a professional point of view, we do not require a referral from the physician. If the facility requires that as a part of their policy, then, yes, we have to be beholden to that policy.

I am in private practice and do not require a referral from a doctor. I get it from teachers, I get it from parents, and sometimes from other health professionals.

I would also draw your attention to the way in which places such as the St. Lawrence Medical Centre work. They employ doctors on salary to service the needs of their community. I have been told by the administrator there that they have, for example, a high senior community there.

An elderly gentleman might come in complaining of some physical symptoms. Having spent the time with him to do what the doctor calls "proper medicine", he finds that what has really happened with this gentleman is that he has been left alone. He is actually quite depressed because he is becoming more and more isolated. The referral then is not for pills or drugs and it is not to the local psychiatric hospital. It is to the recreation therapist who is looking at senior programming within the community. She hooks him in to an environment where he gets what the doctor has determined he needs.

So the referral was a medical referral. He came in to see the doctor because he felt depressed. In the usual clinic he probably would have been given drugs and maybe sent for psychiatric assessment, when he just needed, in this particular instance, feeding into a social network that he had lost. That is one of the great benefits of having a salaried medical staff.

Mr. Wilbee (Delta): I appreciate your presentation. I was interested in the last exchange with Mr. Dingwall, having practised both as a physician with Indian Health Services and other paid positions, and also in private practice.

Perhaps the important thing is not the system but the physician himself. You can find a physician in a paid position who is perhaps not as... you mentioned one case where somebody listened. That happens in private practice as well.

I would suggest that perhaps the important thing is the physician's attitude rather than the system in which he works. I think it is a fallacy to say that because there is no fee for service or he is working on a salary that he is necessarily going to practise better medicine. It is much more comfortable practising for a salary. You do not have the concerns about office overhead and girls and so on.

The other point you brought up was the suggestion that sometimes we are talking about quality of life after a cardiac arrest. Right away I thought of a case in my own practice of a high school secretary who had a cardiac arrest. They took her to hospital and there were no encouraging signs. There was a small brainwave pattern and so on for three or four days.

[Traduction]

Mme McGarry: Non.**M. Dingwall:** Pas du tout dans le cas des ergothérapeutes?

Mme McGarry: Tout dépend des établissements où les services sont offerts. Du point de vue professionnel, nous n'avons pas besoin d'être recommandés par le médecin. Si c'est la politique de l'établissement où nous offrons nos services alors oui, nous devons nous plier à cette politique.

Je suis à mon compte et je n'ai pas besoin d'être recommandée par le médecin. Les professeurs, les parents, et parfois d'autres professionnels de la santé m'envoient des patients.

J'aimerais également vous expliquer comment des endroits comme le centre médical St. Lawrence fonctionnent. On y emploie des médecins rémunérés afin de répondre aux besoins de la communauté. L'administrateur du centre m'a dit que dans cette localité il y a un grand nombre de personnes du troisième âge.

Prenons le cas d'un homme âgé qui se présente et se plaint de certains symptômes physiques. Après avoir pris le temps qu'il faut pour bien pratiquer la médecine, le médecin constate qu'en fait cet homme a été laissé seul. Il est en fait très déprimé parce qu'il est de plus en plus isolé. Au lieu de prescrire des médicaments et des drogues, ou même un séjour à l'hôpital psychiatrique local, c'est chez un thérapeute en récréologie qui s'occupe d'un programme à l'intention des personnes âgées dans la communauté que l'on envoie ce patient. La thérapeute pourra l'aiguiller vers des activités qui combleront ses besoins véritables, identifiés par le médecin.

Donc la recommandation est venue d'un médecin. Le patient a vu un médecin parce qu'il se sentait déprimé. Dans la clinique habituelle, on lui aurait probablement prescrit des médicaments, on lui aurait fait subir une évaluation psychiatrique alors que tout ce qu'il lui fallait, dans ce cas particulier, c'était de réintégrer un milieu social. C'est l'un des grands avantages d'un personnel médical salarié.

M. Wilbee (Delta): J'ai écouté votre exposé avec beaucoup d'intérêt. Votre dernière discussion avec M. Dingwall m'a intéressé car j'ai pratiqué la médecine et comme fonctionnaire rémunéré au service de santé des Affaires indiennes et à mon propre compte.

L'important, ce n'est peut-être pas le système mais le médecin. Vous trouverez des médecins rémunérés qui ne sont peut-être pas aussi... vous avez donné l'exemple d'un médecin attentif. Mais cela peut se trouver également dans un cabinet privé.

L'important, à mon avis, c'est l'attitude du médecin beaucoup plus que le système dans lequel il évolue. Je pense qu'il est faux de prétendre qu'un médecin va offrir un meilleur service parce qu'il n'est pas rémunéré à l'acte ou parce qu'il est salarié. C'est beaucoup plus facile de travailler comme salarié. Vous n'avez pas à vous préoccuper des frais généraux du bureau, du personnel, etc.

Vous avez également soulevé la question de la qualité de la vie après un accident cardiaque. J'ai tout de suite pensé à un exemple dans mon propre cabinet. Il s'agissait d'une secrétaire d'école secondaire qui avait eu un arrêt cardiaque. On l'a amenée à l'hôpital; il n'y avait aucun signe encourageant. Pendant trois ou quatre jours, les ondes cérébrales étaient à peine perceptibles.

[Text]

I said we should pull the plug and forget it. The internist insisted on carrying on for a couple of more days. The end result was that this gal recovered. For all intents and purposes, if you met her you would think that she had never had a serious problem. She had two children.

You know, this is unusual. But I think the decision cannot always be made at the time of the catastrophe or whatever you want to call it. Sometimes it is a matter of salvaging. So I think we have to be careful in our definition of these so-called things. Also, many of these cases we salvage do have a very happy lifestyle, even though they may not be contributing to society. They may be extractors in a way, but in other ways they can also contribute.

● 0945

That is not what I intended to talk about. I have been very interested in the housing the federal government finances almost invariably in any development of any size or suites for the disabled. I would just like to hear your comments particularly on the provision of housing and how we can encourage these people for a more independent living. You talked about this in your brief, and I would like you to comment if you have any comments on the need, on provisions that can be made by government in this particular line.

Ms Brockett: I would like to give some examples from personal experience in Vancouver with severely physically handicapped young people. I worked for a number of years in what you would call a chronic care hospital where young men who had had accidents, had become paralysed from the neck downwards and depended on ventilators for breathing were living in an institution with very few choices around their lifestyle.

I think with rehabilitation one of the successes we saw there was these young men being rehabilitated to point where they were able to make a decision, and with help from the local Canadian Paraplegic Association and community resources were able to move into a group home situation. There they now had their own paramedical staff to look after their physical needs.

There are five of them in this particular group home and I think three of them are certainly earning some money to keep them going, using computers and a variety of adaptive equipment. I think we have seen here, therefore, that housing for them was a very important factor. Just being in a sheltered environment of an institution is something. I think we should not suggest that everybody is going to be able to live outside of the institution, but I think it is important to have that choice and to have the opportunity to live independently. I think if basic housing needs are not met, health promotion falls by the wayside if you do not have somewhere to live.

We are trying to impose what I think somebody has said is a First World health system in a Third World situation. If you do not have an appropriate roof over your head, a lot of other things do not matter.

Mr. Wilbee: I appreciate that. We are involved with the development down at False Creek.

[Translation]

J'ai dit débranchons, oublions cela. L'interniste a insisté pour continuer encore quelques jours. Eh bien, cette jeune femme s'est remise. À toutes fins utiles, si vous faisiez sa connaissance aujourd'hui, vous penseriez qu'elle n'a jamais eu de graves problèmes de santé. Elle a eu deux enfants.

Évidemment, c'est exceptionnel. Mais je pense qu'il n'est pas toujours possible de prendre la décision au moment de la catastrophe ou de l'accident. Parfois, il s'agit de sauver ce que l'on peut. Il faut donc définir tout cela avec grand soin. En outre, de nombreux patients que nous sauvons vivent une vie très heureuse, même s'ils ne contribuent plus à la société. Ils exploitent peut-être la société d'une façon mais ils peuvent également contribuer d'autres façons.

Enfin, ce n'est pas de cela dont je voulais parler. Je m'intéresse énormément au logement pour handicapés, financé par le gouvernement fédéral dans presque tous les projets domiciliaires, quelle qu'en soit la taille. J'aimerais savoir ce que vous pensez de ces logements et j'aimerais que vous me disiez comment nous pouvons encourager les handicapés à être plus autonomes. Vous en parlez dans votre mémoire, mais j'aimerais que vous nous disiez si le besoin existe, et si le gouvernement tout particulièrement doit subventionner ce genre de logement.

Mme Brockett: J'aimerais justement vous citer un exemple personnel, tiré de mon expérience à Vancouver avec des jeunes gens très handicapés physiquement. J'ai travaillé pendant plusieurs années dans ce que l'on appellerait un hôpital de soins chroniques où des jeunes hommes qui avaient eu des accidents et qui étaient restés paraplégiques, branchés à des respirateurs, vivaient en institution sans grand choix dans leur mode de vie.

Grâce à la réadaptation, nous avons vu ces jeunes hommes faire de tels progrès qu'ils ont pu décider, avec l'aide de la succursale locale de l'Association canadienne des paraplégiques et grâce aux ressources communautaires, de s'installer en foyer de groupe. Ils ont maintenant leur propre personnel paramédical pour s'occuper d'eux.

Ils sont cinq dans ce foyer particulier et je pense que trois d'entre eux gagnent de l'argent pour aider à subvenir à leurs besoins, grâce à des ordinateurs et à toutes sortes d'équipements spécialisés. Je pense que dans ce cas précis, le logement a joué un rôle très important. C'est une chose que d'être en milieu protégé, dans une institution. Il ne faut pas penser que tous vont pouvoir vivre ailleurs, mais je pense qu'il est important d'offrir ce choix et cette possibilité d'une vie indépendante. Je pense aussi que si l'on ne répond pas aux besoins les plus fondamentaux en matière de logement, on peut oublier la promotion de la santé car cela devient inutile si vous n'avez pas de logement.

Nous essayons d'imposer ce que quelqu'un a qualifié de système de santé du premier monde dans une situation de Tiers monde. Si vous n'avez pas de toit, un grand nombre de choses sont sans importance.

M. Wilbee: Je sais ce que vous voulez dire. Nous nous occupons du projet à False Creek.

[Texte]

Ms Brockett: Right, that is the one.

Mr. Wilbee: I think this is the one to which you are referring. There is also the new one on Sixth Avenue where they are taking people from Pearson who have been hospitalized for 30 years or so and putting them into the community.

Have you done any studies as to—again we get back to the dollar value—whether there is any financial advantage? We recognize the mental and every other advantage.

Ms Brockett: It has been some years since I have been at Pearson Hospital in Vancouver, but at that time we certainly looked at the cost comparisons of keeping these people in the institution. Although it was a chronic care hospital, the care they needed really required almost acute care levels of staffing. It was certainly a very favourable comparison in keeping them in the community. I think that has been proved since then, but I do not have the figures to give you.

Mr. Cole (York—Simcoe): I apologize for not being here for your presentation.

There are a couple of things I would like to follow up on. As you know, we are studying the funding of the health care system in Canada, improvements to it or whatever. To follow Mr. Dingwall's suggestion about the per capita basis of funding, I do not think we really got into it and I have some concerns with it.

I can agree with the principle that each physician would take the responsibility for 500 families and would be paid x number of dollars to look after those 500 families for the year. There is some merit to that. But some people do not fit into that model very well, such as people who require extra care, extra service and those things above and beyond the model. That system works well as long as the other systems are linked with it, but I do not think an overall system is workable.

• 0950

If Dr. Halliday ends up with 500 families with a history of chronic problems and consistently unhealthy family problems and if Dr. Wilbee has 500 families who are chronically healthy and between the ages of 20 and 40, Stan is going to be out golfing four days a week. How do you balance that out?

That is the problem I have with your system, referring to the per capita approach, because you cannot take everyone, divide them up into groups of 500 and everyone gets a fair share. If Dr. Halliday is working on a fee-for-service basis, on the other hand, and if he ends up looking after those people based on that scenario and is working 16 hours a day, he is compensated financially. So I would like to have your comments because, although you talked about the system, you did not address some of the complications.

Ms Brockett: I would have to say you have a point, which I appreciate, but I have not given it a great deal of thought in terms of how it could be done. There must be some way of weighting communities with more social and health problems than other communities.

[Traduction]

Mme Brockett: Justement, c'est de celui-là qu'il s'agit.

M. Wilbee: J'ai bien pensé que c'était de celui-là que vous parliez. Il y a également un nouveau foyer de groupe sur la Sixième avenue où l'on va installer des résidents de Pearson qui sont hospitalisés depuis 30 ans et les réintégrer dans la société.

Avez-vous fait des études sur—pour revenir encore à l'aspect financier—les avantages financiers? Nous reconnaissons qu'il y a bien sûr des avantages sur le plan psychologique et tous les autres plans.

Mme Brockett: Cela fait un certain nombre d'années que je ne suis plus à l'hôpital Pearson à Vancouver, mais à l'époque, nous avons certainement examiné les coûts comparatifs et ce qu'il en coûtait pour garder ces patients à l'hôpital. Même s'il s'agissait d'un hôpital de soins prolongés, le niveau de soins entraînait presque un personnel aussi nombreux que des soins actifs. Il était donc certainement très avantageux d'installer ces patients dans la communauté. Je pense que l'on en a fait la preuve depuis mais je n'ai pas de chiffres à vous donner.

M. Cole (York—Simcoe): Je m'excuse de ne pas avoir entendu votre exposé.

J'aimerais revenir sur plusieurs sujets. Comme vous le savez, nous examinons le financement du régime de soins de santé au Canada, les améliorations à y apporter, et le reste. J'aimerais revenir sur la capitation dont parlait M. Dingwall car il me semble que nous n'avons pas vraiment fouillé la question.

J'accepte le principe qu'un médecin assumerait la responsabilité des soins donnés à 500 familles et qu'on lui verserait un salaire annuel. Le système à du bon, jusqu'à un certain point. Mais certains patients ne sont pas visés par ce modèle car il leur faut des soins spéciaux, des services et toutes sortes de choses supplémentaires. Le système fonctionne bien tant qu'il est relié à des systèmes d'appoint, mais globalement, cela ne fonctionnerait pas.

Si le Dr Halliday se retrouve avec 500 familles qui ont des maladies chroniques et qui sont toujours malades alors que le Dr Wilbee lui a 500 familles qui sont toujours en santé, des personnes de 20 à 40 ans, et bien Stan va pouvoir jouer au golf 4 jours par semaine. Comment faire pour équilibrer les deux situations?

C'est la difficulté que je vois dans votre système, cette capitation, parce qu'on ne peut pas prendre toute la population, la diviser par groupes de 500 et s'attendre à ce que chacun ait sa juste part. Si le Dr Halliday est rémunéré à l'acte, s'il doit soigner ces mêmes personnes à raison de 16 heures par jour, il y trouvera une compensation financière. Vous nous avez parlé de ce système, mais vous n'avez rien dit des complications.

Mme Brockett: Je vous avouerai que bien que je sois heureuse de votre question, je n'ai pas beaucoup réfléchi à cet aspect, du point de vue pratique. Il doit y avoir moyen de trouver une pondération qui tienne compte du fait que certaines localités ont plus de problèmes sociaux et de problèmes de santé.

[Text]

Mr. Cole: I will give you an example.

The community health clinic in the Sault works extremely well because it is a private system that picks up those groups of people that traditionally take more time and effort. But the Sault clinic takes families for whom the breadwinners or the parents are between the ages of 25 and 50, which are traditionally healthier groups.

I am sure that either of these gentlemen would love to have practices based on that picture. It might not be as challenging to them, but for ease of lifestyle and everything else, I am sure they would appreciate that. By the same token, I do not think someone would want or that we could reasonably expect them to take the other extreme.

Ms McGarry: Occupational therapy as a profession is very holistic and one of our problems—dealing only with health care funding—is that we are very territorial, from my experience of sitting on various committees with people involved in occupations other than health care. But health is not just medicine.

So when we are looking at the funding of a system—and I think it is one of the reasons we are talking about educating professionals—we need to stop being territorial about medicine as health care. We are anticipating that this committee will take a broad look at the issue of where the money comes from because, as a federal committee, you are looking at the integration of many different areas.

We certainly do not believe—and I do not believe we have a position that says—that we prefer one model over another. We are looking at a model that responds to the needs of the person, which is one of the reasons I personally enjoy the empowerment theories of the health centres, which look at their communities and at how they empower members of their community to look after their own wellness, which does not only mean medical.

I notice in your terms of reference that you talk about non-medical professionals as if we did not have medical backgrounds or as if physiotherapists did not. You really mean physicians versus other health professionals. I think many other people are involved in health care so, if we focus solely on medicine—and one of the reasons I like your terms of reference and like your title is that I can see you are not only dealing with health care, but are looking at a broader perspective. As a federal committee you have the responsibility to show leadership. What we are trying to share with you is some of the concerns and some of the ways that we think might go. I agree that in terms of specific dollars and cents I cannot tell you which will work better.

• 0955

To relate back to this gentleman's question, in London there is a group called the Cheshire Homes that have physically handicapped people within the community. They are integrated within apartment buildings, just like anybody else. Their apartment might look a little bit different and they also have a building which is especially for physically handicapped people.

[Translation]

M. Cole: Je vais vous donner un exemple.

La clinique communautaire à Sault Ste-Marie fonctionne extrêmement bien, car il s'agit d'un établissement privé dont la clientèle est tirée de groupes qui exigent plus de temps et d'effort. Par contre, cette même clinique accueille des familles dont les parents ont entre 25 et 50 ans, les groupes d'âge réputés les plus en santé.

Je suis persuadé que nos deux collègues médecins seraient enchantés d'avoir une clientèle qui répondent à ces critères. Ce ne serait peut-être pas un grand défi, mais comme mode de vie, cela leur faciliterait beaucoup l'existence. Je suis convaincu que cela leur plairait. Par contre, je ne pense pas que l'on puisse s'attendre à ce que quelqu'un veuille le contraire.

Mme McGarry: L'ergothérapie est une profession très holistique et l'une de nos difficultés—au niveau du seul financement—c'est que nous sommes très possessifs; mon expérience sur divers comités m'a révélé qu'il en va de même dans les sphères d'occupation autres que les soins de santé. Toutefois la santé, ce n'est pas uniquement la médecine.

Lorsque nous parlons de financer le système—et c'est justement l'une des raisons pour lesquelles il est question d'éduquer les professionnels—il faut cesser de penser que les soins de santé se limitent à la médecine. Nous espérons que votre comité examinera la question du financement de façon très globale car comme comité fédéral, vous devez examiner l'intégration de plusieurs secteurs différents.

Nous ne pensons certes pas—et ce n'est d'ailleurs pas notre position—que nous préférons un modèle plutôt qu'un autre. Nous cherchons un modèle qui réponde aux besoins de la personne, et c'est ce qui explique sans doute pourquoi à titre personnel, j'aime tellement la philosophie d'autonomie personnelle des centres de santé, qui confèrent à leurs membres le pouvoir et la responsabilité de voir à leur bien-être, qui ne se limite pas au seul aspect médical.

Je constate que dans votre mandat, il est question des professions para-médicales tout comme si nous n'avions pas de formation médicale ou comme si les physiothérapeutes n'en avaient pas. En fait, vous opposez les médecins aux autres professionnels de la santé. Je pense qu'il y a de nombreux autres intervenants dans le domaine des soins de santé et que si nous mettons uniquement l'accent sur la médecine—et c'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles votre mandat me plaît tout comme votre nom qui laisse supposer que vous ne vous penchez pas uniquement sur les soins de santé, mais sur des considérations plus vastes. En tant que comité fédéral, vous devez montrer l'exemple. Nous essayons de vous expliquer certaines des préoccupations que nous avons et certains des moyens qui nous sembleraient pouvoir marcher. Évidemment, pour ce qui est du coût exact, je ne puis vous dire ce qui serait préférable.

Pour revenir à la question de ce monsieur, il y a à London un groupe appelé Cheshire Homes qui permet à des personnes ayant un handicap physique de vivre au sein de la collectivité. Ces gens vivent dans des immeubles, comme tout le monde. Leurs appartements sont peut-être un peu différents et l'immeuble est spécialement conçu.

[Texte]

I would certainly be happy to get you the cost analysis of that, but I know the executive director of that group says they will never build another Cheshire Home, that they will always work toward integration of their members into apartment buildings or to homes within a community, because it has worked out better. I do not know if she means funding or quality of life issues. I would be happy to find out for you.

Mr. Wilbee: I would appreciate that. I would find it interesting because I think it is very significant in our modern way of looking at things.

Mr. White (Dauphin—Swan River): I will take only a couple of minutes, but I wanted to make a comment based on the final comments of the witness and also put one brief question at the end.

I think what you said at the end is very important. We have to broaden the application of health services. I do not disagree with what Dr. Halliday said earlier about the reallocation of funds, but I think that happens naturally if we can broaden our horizons and begin to work on healthy lifestyles, preventive health care, quality of life. The reallocation of funds will happen naturally then because you have healthier people. But I think we need two things. We need an initial source of funding for the holistic professions like yours, and second, we need the acceptance by the medical community and by the public at large of that aspect of health care. You may want to comment on that.

I have only the one question, for interest's sake: could you give me some background on the training that occupational therapists go through and where that training is available in different parts of the country?

Ms Gill: At this moment there are 12 educational programs for occupational therapists in Canada—one in the Maritimes, three in Quebec, five in Ontario, one in Alberta, one in Manitoba, and one in B.C. It is baccalaureate-level training and occupational therapists are trained as generalists, basically, to deal with people of all age groups and all types of disabilities.

We are in the process of moving on to graduate education and at this moment have a couple of programs in occupational therapy in Canada which will offer a master's degree. We do not yet have any Ph.D. programs in occupational therapy, although there are a number of occupational therapists with Ph.D.s in allied fields.

Mr. White: That answers that part. I also want you to comment on the first—

Ms Gill: It is probably almost by way of summary that I say that I think we are talking about ownership and consumer ability to make decisions. We certainly are a very client-centred profession in that we do not assume we always know

[Traduction]

Je me ferais un plaisir de vous obtenir l'analyse des coûts de ce projet, mais je sais que la directrice générale de ce groupe a déclaré que l'on ne construirait plus jamais de Cheshire Homes, qu'on essaierait au contraire d'intégrer davantage ces personnes dans la société en les plaçant dans des immeubles ou des foyers au milieu de tout le monde car il semble que les résultats soient meilleurs. Je ne sais pas si elle entendait par là que cela coûtait moins cher ou que la qualité de la vie était meilleure. Je me ferais un plaisir de vous obtenir ce genre de précision.

M. Wilbee: Je vous en serais en effet reconnaissant. Ce serait intéressant car je crois que cette dimension est très importante dans la façon de considérer les choses aujourd'hui.

M. White (Dauphin—Swan River): J'en aurai pour quelques minutes seulement mais je voulais faire un commentaire sur ce que vient de dire le témoin et lui poser aussi une petite question.

Ce que vous venez de dire est en effet très important. Il nous faut élargir le concept de services de santé. Je ne disconviens pas, comme le disait tout à l'heure M. Halliday, du fait qu'il faut envisager de réaffecter certains fonds mais je crois que cela peut se faire naturellement si nous élargissons nos horizons et commençons à insister davantage sur des styles de vie sains, les soins préventifs et la qualité de la vie. Cela amènera tout naturellement une réaffectation des fonds puisque la population sera en meilleure santé. Il nous faut toutefois deux choses. Une source initiale de financement pour les professions holistiques comme la vôtre, et, deuxièmement, il faut que le milieu médical et la population en général acceptent cette conception des services de santé. Vous voudrez peut-être ajouter quelque chose là-dessus.

Je n'ai qu'une question, à titre de renseignement: pourriez-vous m'indiquer quel genre de formation suivent les ergothérapeutes et où ils peuvent suivre cette formation?

Mme Gill: À l'heure actuelle, il existe 12 programmes d'études pour les ergothérapeutes au Canada—un dans les Maritimes, trois au Québec, cinq en Ontario, un en Alberta, un au Manitoba et un en Colombie-Britannique. C'est au niveau du baccalauréat et les ergothérapeutes sont essentiellement formés comme des généralistes afin de s'occuper de gens de tous les groupes d'âge et ayant toutes sortes de handicaps.

Nous sommes en train de mettre au point un deuxième cycle et nous avons pour tout le Canada deux programmes qui seront sanctionnés par une maîtrise. Nous n'avons pas encore de programme de doctorat en ergothérapie bien qu'il y ait un certain nombre d'ergothérapeutes qui aient des doctorats dans des domaines connexes.

M. White: Cela répond à ma question. Je voulais également vous demander ce que vous pensiez de ce que je disais. . .

Mme Gill: C'est pratiquement pour résumer les choses que nous parlons de propriété et de possibilités pour le consommateur de prendre des décisions. Nous sommes une profession très orientée sur sa clientèle et nous ne supposons

[Text]

what is best for a client. I think if we could have an ideal system we would begin to educate all of our health care workers to think that way and to then allow the community of the consumers that they work with to determine what is their own best model. I think you would see HMOs and HSOs and many things developing if the consumer were educated to feel they had that right.

La vice-présidente: Madame Gill, madame McGarry, madame M^{me} Brockett, merci beaucoup d'avoir répondu à nos questions et merci de votre excellent exposé. Je crois qu'il sera d'une grande utilité aux membres du Comité dans l'étude des soins de santé et de leur financement.

• 1000

Étant donné que nous avons quorum, j'aimerais demander à quelqu'un de proposer la motion suivante:

Que les frais de déplacement et de séjour soient remboursés au D^r David Bates de l'Université de Colombie-Britannique, notre expert témoin au forum parlementaire sur les changements climatiques dans le monde tenu à Ottawa du 23 au 24 avril 1990.

M. Halliday: Je propose cette motion.

La motion est adoptée

La vice-présidente: Notre prochain témoin est le D^r Finlay McKerracher de l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement. Docteur McKerracher, vous avez la parole.

Dr. Finlay McKerracher (Secretary-Treasurer, Association of Canadian Teaching Hospitals): Thank you very much, Madam Chairman. We were asked to touch on the human resources side of health care from the point of view of teaching hospitals, and my remarks will be quite brief. I really want to talk about staffing of teaching hospitals, and the greatest problem is nursing.

In the large centres, particularly in Toronto but elsewhere too, there are major problems in recruiting nurses and retaining nurses. You have seen the headlines stating that Sick Children's in Toronto cannot treat patients because they do not have enough special care nurses. It is all very true.

It is interesting in Toronto: the new Markham Hospital was built north of Toronto, opened in January 1990, and I think a lot of nurses moved from downtown Toronto out there because the cost of living was cheaper, the environment was nicer—brand-new hospital, nice climate. So the downtown area suffered. So that is one aspect of the shortage.

The concerns we have arise from a paper by a lady by the name of Eva Ryten, who is the director of the research office for the Association of Canadian Medical Colleges. She wrote a paper in 1988 and pointed out that in 1976 the peak enrolment, or the peak numbers of new graduates, was almost 10,000—four short of 10,000 new graduates in nursing in 1976. In 1986 that number was down to 8,011. So that was almost a 20% drop in the entry into nursing, both at the

[Translation]

pas que nous savons toujours ce qui est préférable pour un client. Si nous avions un système idéal, nous commencerions par apprendre à penser de la sorte à tous nos travailleurs de la santé et nous permettrions à la clientèle pour laquelle ils travaillent de décider elle-même de la formule qu'elle préfère. Je pense que vous verriez beaucoup plus d'organisations de soins de santé intégrés et d'organisations de services de santé et d'autres choses nouvelles si les consommateurs avaient l'impression qu'ils avaient ce droit.

The Vice-Chairman: Ms. Gill, Ms. McGarry, Ms. Brockett, thank you very much for answering our questions and for your excellent brief. It will be very useful for our committee in its consideration of health services and the funding of such services.

Since we have a quorum, I would like to ask someone to move the following motion:

That travelling, accommodation and living expenses be reimbursed to Dr. David V. Bates from the University of British Columbia, our expert witness at the Parliamentary Forum on Global Climate Change held on April 23-24, 1990 in Ottawa.

Mr. Halliday: I so move.

The motion is carried

The Vice-Chairman: Our next witness is Dr. Finlay McKerracher from the Association of Canadian Teaching Hospitals. Dr. McKerracher, you have the floor.

M. Finlay McKerracher (secrétaire-trésorier, Association canadienne des hôpitaux d'enseignement): Merci beaucoup, madame la présidente. On nous a demandé de parler des ressources humaines dans le cadre des soins de la santé et plus particulièrement des hôpitaux d'enseignement. Je serai très bref. Je vais vous parler de la dotation en personnel des hôpitaux d'enseignement où nous rencontrons les plus gros problèmes dans le secteur des soins infirmiers.

Dans les grands centres, en particulier à Toronto mais ailleurs également, on a beaucoup de mal à recruter et à garder le personnel infirmier. Vous avez lu les manchettes annonçant que l'Hôpital des enfants malades de Toronto ne peut traiter les patients parce qu'il n'a pas suffisamment de personnel infirmier pour les soins spéciaux. C'est tout à fait vrai.

La situation est assez intéressante à Toronto: le nouvel hôpital Markham a été construit au nord de Toronto, a ouvert en janvier 1990 et je crois que beaucoup d'infirmières ont quitté le centre-ville de Toronto pour aller dans cet hôpital parce que le coût de la vie y était moins cher, l'environnement plus agréable—un hôpital tout neuf et une bonne ambiance. Le centre-ville en a donc souffert. C'est donc un aspect de cette pénurie.

Je citerai un papier préparé par une dame du nom d'Eva Ryten, qui est directrice du bureau de recherche de l'Association des facultés de médecine du Canada. Dans ce papier qui date de 1988, elle signale qu'en 1976, le maximum d'inscriptions, ou le maximum de nouveaux diplômés atteignait presque 10,000—10,000 moins quatre nouveaux diplômés en soins infirmiers. En 1986, ce chiffre est retombé à 8,011. Donc, presque une chute de 20 p. 100 de nouveaux

[Texte]

baccalaureate level and at the diploma level. And I heard just a couple of weeks ago on radio or somewhere that the enrolment, I think in Ontario, for university schools of nursing was down 7% to 14%. So we have a concern about the numbers game.

We also have concerns about what nursing is doing and new efforts to improve the quality of nursing care. You may or may not have heard that the nursing profession, the academic side, would like all nurses by the year 2000 to be university graduates. We think that is an unattainable objective, and maybe an undesirable one.

There is also a thrust, particularly in teaching hospitals but also in other hospitals, to move to an all-RN staff, doing away with the registered nursing assistant or the certified nursing assistant. The theory of that is that RNAs can do only limited work; they cannot handle medications, for example, in an acute care hospital. So if you have an all-RN staff, theoretically you have more flexibility, the nurses can be more productive and so on. That is an understandable objective, but in times of shortage it is a concern.

• 1005

The other problem is that the recruitment is only one part of it. The tension is the other part of it. The word used for the nursing profession is "feminized"; 95% of nurses are women. A lot of them drop out because they are having children and so on. That is understandable. That is the way things are.

Not all of them come back to nursing. Many who do go part time or, because they cannot cope with a family and with shift work, which is a fact of life in hospitals, they work in areas like home care or VON nursing, or areas where there is a more stable job situation, usually day shift and so on.

Shift work is a major issue. There are not many people whose careers are made up of working shifts—police and farm and security people. However, nurses are maybe the largest group that has shift work.

There are all sorts of approaches to try to deal with these problems. For example, the Beth Israel Hospital in Boston, which is a prestigious place, has an all-RN staff. It is described as a centre of excellence, and it is reported to have hardly any turnover of nursing staff, which is another big issue. So they are applying that successfully in that hospital.

At the Toronto Hospital, which many of you know is an amalgamation of the Toronto General and the Toronto Western, the new vice-president of nursing has been recruited from Boston, from Tufts Medical Center. She is an expert in

[Traduction]

diplômés, tant à l'échelon du baccalauréat qu'à celui du diplôme. Et j'ai entendu dire il y a deux semaines seulement à la radio ou ailleurs que les inscriptions, je crois que c'était en Ontario, pour les écoles de soins infirmiers dans les universités avaient baissé de 7 p. 100 pour ne plus représenter que 14 p. 100. Ces chiffres sont donc assez inquiétants.

Nous nous préoccupons également de ce que fait la profession infirmière et des nouveaux efforts effectués pour améliorer la qualité des soins infirmiers. Je ne sais pas si vous avez entendu dire que la profession infirmière, les professeurs, aimeraient que tout le personnel infirmier soit des diplômés d'université d'ici à l'an 2000. Nous pensons que c'est un objectif inatteignable et peut-être même indésirable.

Il y a également une tendance, en particulier dans les hôpitaux d'enseignement mais également dans d'autres hôpitaux, à se diriger vers un personnel infirmier entièrement diplômé et à ne plus avoir d'infirmiers auxiliaires autorisés ni d'infirmiers auxiliaires diplômés. La théorie veut que le personnel auxiliaire autorisé ne peut pas tout faire; qu'il ne peut s'occuper des médicaments, par exemple, dans un hôpital de soins de courte durée. Si tout le personnel est diplômé, par contre, théoriquement, cela donne plus de souplesse, il peut être plus productif, etc. C'est un objectif compréhensible mais en temps de pénurie, cela semble assez inquiétant.

L'autre problème est que le recrutement ne représente pas la seule difficulté. La tension est également assez forte. La profession infirmière s'entend habituellement au féminin, 95 p. 100 du personnel infirmier étant des femmes. Beaucoup abandonnent parce qu'elles ont des enfants etc. C'est compréhensible. C'est une réalité.

Elles ne reviennent pas toutes à la profession. Beaucoup de celles qui reviennent décident de travailler à temps partiel ou, parce qu'elles ne peuvent à la fois assurer le rôle familial et le travail par roulement dans les hôpitaux, elles travaillent dans les soins à domicile ou l'Ordre de Victoria ou dans des domaines où la situation est plus stable et où l'on peut habituellement travailler de jour.

Le travail par roulement représente un gros problème. Il n'y a pas tellement de gens dont les carrières sont ainsi faites—certains secteurs de la police, des services de sécurité et de l'agriculture. Toutefois, le personnel infirmier est peut-être le groupe le plus important où le travail se fait par roulement.

Il y a toutes sortes de façons d'essayer d'atténuer ces problèmes. Par exemple l'hôpital *Beth Israel* à Boston, qui est un hôpital très prestigieux, n'a que des diplômés parmi son personnel infirmier. C'est ce que l'on appelle un centre d'excellence et il semble qu'il n'ait pas de mal à conserver son personnel infirmier, ce qui est un autre gros atout. Cela marche donc très bien dans cet hôpital.

À l'hôpital de Toronto, qui comme vous le savez peut-être regroupe le *Toronto General* et le *Toronto Western*, la nouvelle vice-présidente des services infirmiers a été recrutée à Boston au *Tufts Medical Center*. Elle est experte de la

[Text]

case management nursing—I really do not understand it, but it is where nurses carry a caseload, somewhat like physicians. These are obviously university graduates who do that. So whether we will see that introduced in the Toronto area or not, I do not know, but I suspect so.

In talking with Laureen Bessell, who is a vice-president of nursing at the Royal Victoria in Montreal, she is concerned that maybe it is time for a new approach to the incentives for nurses. She points out that, for example, we really pay nurses to turn up and go on shift, night or day or whatever, rather than paying them to do a service, which is what they do provide the patient. So she is talking about a fee-for-service approach.

But that needs money and research, and whether anybody is prepared to do that I do not know. But her comment to me was that we keep putting money down the same old drains and never have enough. I think this is said with some bitterness.

Another factor is cost containment and staff shortages. These two put more pressure on nurses and made I think their environment more difficult, more stressful, as a working environment. So we hear about burnout, people resigning, and so on. Nurses are also dissatisfied with their role in hospitals, probably related to their relationship with the physician, and I suspect there will need to be a review. As a matter of fact, I think there is a review and dialogue going on about that.

The other thing in teaching hospitals is physician staffing. It is an issue because they are supported and funded somewhat differently from the physician in private practice. Teaching hospitals like to think that they do most of the tertiary work, tertiary health care—things like major trauma, major neurosurgery, all the open heart stuff that is done, transplantation, dialysis. Cancer clinics are usually in teaching centres, and high-risk obstetrics are usually in teaching centres. The physician corps in the teaching hospital not only have to provide service to patients but they also have to teach. A number of them do research and they do clinical studies, and they have to do administration because the environment is a very complex one.

There is a trend to more involvement of physicians in management—the buzzword is program management—although this a concern to nursing. What you have in the way of funding is fee-for-service for the work that physicians do in looking after patients. All these other activities which do not produce patient-generated income, are funded either through the university or through the hospital or through research grants, but another system, a supporting system of funding them, because in effect those things are lost time in relation to the fee-for-service in an OHIP system, for example.

[Translation]

conduite du traitement—je ne sais pas exactement ce que ça veut dire, mais c'est lorsque le personnel infirmier est chargé d'un certain nombre de patients, un peu comme les médecins. Ce sont évidemment des diplômés d'université. Je ne sais pas si ce sera la solution pour la région de Toronto mais cela ne m'étonnerait pas.

Laureen Bessell, qui est vice-présidente des soins infirmiers au *Royal Victoria* à Montréal me disait qu'il était peut-être temps d'envisager de nouvelles formules pour le personnel infirmier. Elle remarque que, par exemple, on paie en fait le personnel infirmier pour se présenter et faire son quart, de nuit ou de jour, peu importe, plutôt que pour le service qui est offert aux patients. Elle dit qu'il faudrait donc peut-être penser à une rémunération à l'acte.

Evidemment cela nécessite de l'argent et de la recherche et il n'est pas certain que l'on soit prêt à le faire. Ce qu'elle m'a dit, toutefois, c'est que nous continuons à dépenser des sommes folles et que nous n'en avons jamais assez. C'est avec quelque amertume qu'elle tenait ces propos.

Un autre facteur est celui des compressions budgétaires et des pénuries de personnel. Cela accroît les pressions qui s'exercent sur le personnel infirmier et fait que l'atmosphère est moins bonne, plus tendue et qu'il est plus difficile de travailler. Les gens s'épuisent, démissionnent, etc. Le personnel infirmier est également insatisfait de son rôle dans les hôpitaux, probablement quant à ses rapports avec le médecin, et je suppose qu'il faudra réexaminer la chose. D'ailleurs, je crois que c'est ce que l'on fait et qu'un dialogue est en cours.

L'autre chose dans les hôpitaux d'enseignement est la dotation en médecins. C'est un problème parce qu'ils sont financés un peu différemment que dans le secteur privé. Les hôpitaux d'enseignement aiment à penser qu'ils font pratiquement tout le travail tertiaire, qu'ils offrent tous les soins tertiaires—qu'ils s'occupent de choses comme les traumatismes graves, les cas sérieux de neurochirurgie, toutes les opérations à cœur ouvert, les greffes, les dialyses. Les cliniques du cancer sont habituellement rattachées à des centres d'enseignement de même que les services d'obstétriques pour les cas à risques élevés. Le corps de médecins dans les hôpitaux d'enseignement doit non seulement servir ses patients mais également enseigner. Un certain nombre font de la recherche et des études cliniques et doivent également s'occuper d'administration parce que tout cela est très complexe.

• 1010

Il y a une tendance à faire davantage participer les médecins à la gestion—on parle de gestion de programmes—bien que cela préoccupe la profession infirmière. Pour ce qui est du financement, on parle de paiement à l'acte pour le travail des médecins vis-à-vis de leurs patients. Toutes les autres activités qui ne produisent pas de recettes liées aux patients sont financées soit par l'université soit par l'hôpital soit encore par des subventions à la recherche mais grâce à un autre système, un système de soutien, car il s'agit en fait de choses qui sont une perte de temps si l'on considère le paiement à l'acte du système RAMO, par exemple.

[Texte]

Incidentally, those physicians who are on that kind of arrangement usually have a ceiling on income. They may generate a large income, but they personally only keep a percentage of that. There is a ceiling, which may be a hard ceiling, which is a total cut-off, or a soft sealing which is a graduated scale, and the word overage is used for the excess money there and it is used usually for departmental activities, funding a new research person, or funding this or that. It is not used personally by physicians.

We understand that some provinces are concerned about this and perhaps regard it as almost double billing. Certainly it seems to be an expensive way of providing health care, but tertiary care is expensive. We think it will remain that way simply because it is so complex. The patients are generally suffering from a very severe illness and so on.

That is really the main thrust of my remarks for today. There are a couple of side issues. Technology is an issue because there are new developments all the time and they all seem to be more costly than the previous one. As technology improves you find that things can be offered to older patients, 80- and 90-year olds, which were just not technically possible 10 years ago, and so you see dialysis being done for patients who are 80 or over, surgery for people in their 90s, and there is some question about whether that is really a wise use of resources. You do not question it if you are the 80-year old or the 90-year old, but everybody else does.

People are living a lot longer. The elderly do stay in hospital longer and they use more resources than a younger person. We have the impression that, for example, cancer is increasing simply because there are more people living longer, living long enough to get cancer. That may or may not be true. There is an ethical issue about who should be treated and who should not be, and physicians do not want to make those decisions.

The other big issue is effectiveness of treatment, and measuring effectiveness. It is just very hard to do. The tradition has been the creation of a structure which you would do by creating the environment, recruiting the right people who are properly qualified, for example, nurses who are diploma or university graduates, physicians who are certified in their specialty and so on. That is the structural side.

• 1015

We talk about process, which is looking at all the things people ought to do to provide good care, and we can measure both of those things.

The fashionable thing now is to look at outcomes, but the trouble is that nobody has really developed a good way to measure outcomes. Everybody is working on it. The Canadian Council of Health Facilities Accreditation is doing a major

[Traduction]

D'ailleurs, les médecins qui sont ainsi conventionnés ont habituellement un revenu plafonné. Ils peuvent rapporter de gros revenus mais, personnellement, ils n'en gardent qu'un pourcentage. Il y a un plafond, qui peut être ferme, qui les limite totalement, ou un plafond souple qui est progressif et l'on utilise les fonds supplémentaires habituellement pour les activités du service, pour rémunérer un nouveau chercheur, ou pour une subvention quelconque. Ce n'est pas utilisé personnellement par les médecins.

Et il semble que certaines provinces s'en inquiètent et considèrent peut-être que cela revient presque à de la double facturation. Il semble que c'est certainement une façon coûteuse d'offrir des services de santé mais les soins tertiaires sont coûteux. Nous pensons que cela demeurera, tout simplement parce que c'est très complexe. Les patients souffrent habituellement de maladies très graves, etc.

C'est l'essentiel de ce que je voulais vous dire aujourd'hui. Il y a une ou deux autres questions secondaires. La technologie en est une parce qu'il y a toujours du nouveau et que tout semble toujours plus coûteux. Au fur et à mesure que la technologie avance, on s'aperçoit que l'on peut offrir des choses à des patients plus âgés, de 80 à 90 ans, qui n'étaient techniquement pas possibles il y a encore 10 ans, et on fait maintenant des dialyses à des patients de 80 ans ou plus, de la chirurgie à des personnes de 90 ans et plus et on peut quelquefois se demander si c'est une utilisation sage des ressources. Ça ne fait aucun doute lorsqu'on est cette personne de 80 ou 90 ans mais les autres n'en sont pas aussi certains.

Les gens vivent beaucoup plus vieux. Les personnes âgées restent à l'hôpital plus longtemps et utilisent davantage de ressources que les plus jeunes. Nous avons l'impression, par exemple, que l'incidence du cancer augmente simplement parce qu'il y a plus de gens qui vivent plus longtemps et qui vivent suffisamment longtemps pour attraper le cancer. Cela est vrai ou faux. Qui doit être traité et qui ne doit pas l'être relève de l'éthique et les médecins ne veulent pas prendre ce genre de décision.

L'autre grande question est l'efficacité du traitement et la façon de la mesurer. C'est très très difficile à faire. On a traditionnellement créé une structure en créant l'environnement, en recrutant les gens qui sont qualifiés, par exemple, du personnel infirmier diplômé d'écoles ou d'universités, des médecins spécialisés, etc. C'est cela que l'on entend par structure.

On parle de méthodes, d'examiner tout ce qu'il y aurait à faire pour offrir un bon service et l'on peut mesurer ces deux choses.

Ce qui est à la mode, aujourd'hui, c'est d'examiner les résultats. Le problème c'est que personne n'a vraiment trouvé un bon moyen de les mesurer. Tout le monde y travaille. Le Conseil canadien d'agrément des établissements

[Text]

study on outcomes, and we hope that out of that in a year or so may come some sort of system. But a lot of research is involved, and the problem is that if you cannot measure outcome then you cannot really decide on the effectiveness or ineffectiveness of treatment. So we are still doing things because we have the impression that they produce good results, but we cannot always prove that.

These are my brief remarks. Thank you, Madam Chairwoman.

La vice-présidente: Merci beaucoup, docteur McKerracher.

Mr. Dingwall: I thank the witness for being here on behalf of the Association of Canadian Teaching Hospitals and for providing us with his views on our health care system.

It is my understanding that in some of the teaching hospitals across the country—and I am going to refer to my own, namely Dalhousie—there is a new focus and a new direction with regard to the medical profession. In fact, there are now many courses on ethics, information and dialogue and debate with regard to the fee for service, and a whole realignment and redirecting of the kinds of services our medical doctors provide. I wonder if you could elaborate on that—if in fact that is happening across the country—and where you fit with regard to the whole principle of fee for service, whether you believe that to be the most valid way to compensate our medical doctors in this country.

Dr. McKerracher: You are quite right, a lot of work is going on. Ethics committees are being formed in hospitals and are looking at ethical issues.

In terms of the role of the teaching hospital, this is an issue. We, for example, have an annual meeting in October along with the Association of Canadian Medical Colleges, and the theme for this year's conference is the social responsibility of the academic health centre. So we are starting to look at not just providing direct care to patients but also what other more socially oriented activities we ought to be doing. I have no idea of what our speakers will talk about, although we have a big group coming from here and from the United States. It is also a big issue in the U.S.; there is no question about that.

On the fee for service issue, the teaching hospitals are not directly involved in the funding of physicians except where we provide additional support for specific things. I would hesitate to say very much about whether the fee for service is the best way or the only way or the wrong way to fund physicians. I can see that this may well change. It will take a lot of negotiation, dialogue, and time before it does change, because by and large it has served patients not that badly in the past. I realize that people are talking about comprehensive health organizations and so on and moving toward a capitation kind of structure and a more accountable kind of structure. That may well come, but it will take a lot of time and a lot—a lot—of dialogue.

[Translation]

de santé effectue une étude majeure des résultats et nous espérons qu'il en sortira d'ici un an à peu près un genre de système. Toutefois, cela demande beaucoup de recherche et le problème est que si l'on ne peut pas mesurer les résultats, on ne peut pas réellement décider de l'efficacité ou de l'inefficacité du traitement. Aussi continuons-nous à faire un certain nombre de choses car nous avons l'impression que cela donne de bons résultats mais nous ne pouvons pas toujours le prouver.

Voilà les quelques remarques que je voulais faire. Je vous remercie, madame la présidente.

The Vice-Chairman: Thank you very much, Dr. McKerracher.

M. Dingwall: Je remercie le témoin d'être venu représenter l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement et de nous avoir donné son avis sur notre système de santé.

Je crois savoir que dans certains des centres hospitaliers universitaires du pays—et je veux parler essentiellement de ma région, et plus particulièrement de Dalhousie—on envisage d'apporter certaines modifications à la profession médicale. Il y a maintenant beaucoup de cours de déontologie, beaucoup d'information, des dialogues et des débats sur le paiement à l'acte et sur toute une réorganisation des genres de service qu'offrent nos médecins. Je me demandais si vous ne pourriez pas nous donner quelques précisions à ce sujet—nous dire si c'est en fait ce qui se passe—et où vous vous situez au sujet du paiement à l'acte, est-ce que vous pensez que c'est la meilleure façon de rémunérer nos médecins?

M. McKerracher: Vous avez tout à fait raison, on fait beaucoup de choses en ce moment. On constitue actuellement des comités de déontologie dans les hôpitaux afin d'examiner toutes ces questions.

Pour ce qui est du rôle de l'hôpital d'enseignement, c'est un problème. Nous avons par exemple une assemblée annuelle en octobre en même temps que l'Association des facultés de médecine du Canada et le thème de la conférence de cette année est la responsabilité sociale des centres d'enseignement de la médecine. Nous commençons donc à considérer non seulement les soins apportés directement aux patients mais également les activités plus sociales auxquelles nous devrions nous livrer. Je n'ai aucune idée de ce que diront nos conférenciers mais ils seront nombreux d'ici et des États-Unis. C'est également une grande question aux États-Unis, cela ne fait aucun doute.

Sur la question du paiement à l'acte, les hôpitaux d'enseignement ne s'occupent pas directement du financement des médecins sauf lorsqu'ils leur offrent une aide complémentaire pour certaines choses précises. J'hésiterais à dire si le paiement à l'acte est la meilleure façon ou la seule façon ou encore la mauvaise façon de rémunérer les médecins. Tout cela peut beaucoup changer. Il faudra beaucoup de négociation, de dialogue et de temps avant que cela ne change parce que, de façon générale, cela n'a pas été tellement mauvais pour les patients. Je comprends que l'on parle d'organisations de services de santé intégrées, etc. et que l'on s'oriente vers un genre de structure à forfait impliquant peut-être davantage d'imputabilité. C'est possible mais cela prendra beaucoup de temps et de dialogue.

[Texte]

Mr. Dingwall: Perhaps you could share either your own personal view or what you assess the direction will be, because what I keep hearing from younger graduates of medical schools across this country is that... I applaud quite sincerely the medical profession where many of them work beyond the call of reasonable duty in terms of hours and hours and hours of work, weekends and Sundays, etc. But I find a new breed is emerging in the medical profession. They refuse to work 100 hours a week. They want to enjoy a lifestyle, have families, and be happy and content.

• 1020

What are the teaching hospitals are doing about that? Are you ducking the issue and saying it is not something that concerns you and you will leave it to some other institution?

Dr. McKerracher: I think you are quite right. I think there is a new breed of young physician who wants a personal life and a family life. A lot of the people of my generation were workaholics and their families did not see them. That was common in my time, but that is changing. I think the young physician who has grown up in the environment of medicare—which started in 1960—and has not known anything else, is more likely to change.

I do not know that ACTH and the teaching hospitals are ducking the issue. We do not think we are the main players. I think the medical colleges have a major issue in it. I think the Royal College of Physicians and Surgeons must be involved in it. Organizations like the Canadian Medical Association are strong and vocal, as you know. They are the people who have to gather the support of physicians for it.

I think it will come, but I do not think we can do more than listen to it. As I say, we will be starting to get into that kind of dialogue in October. It will be a first for us at our annual meetings. That may well become a trend, but I just do not know. I do not think it will be quick.

Mr. Dingwall: I would like you to clarify a statement you made on page 4 of your brief, because I think it is very sweeping. It says:

The greater the degree of feminization of an occupation or profession, the greater the unpredictability with respect to the availability of qualified individuals for work.

In the paragraph above I think you were referring to registered nurses. Would you explain that?

Dr. McKerracher: That is true, 43% of registered nurses are part-time. A lot of that is due to the family situation. They have families and they have to look after their families. They are not prepared—understandably, I think—to hold down a full-time job because it does mean shift work. The practising nurse does shift work. That is her career. I cannot see how it could be easy for any lady to have a shift-work career and bring up a family.

[Traduction]

M. Dingwall: Peut-être pourriez-vous nous donner votre avis personnel ou ce que vous entrevoyez car ce que me disent toujours les jeunes diplômés des facultés de médecine c'est que... et très sincèrement j'applaudis la profession médicale car beaucoup de ses membres travaillent beaucoup plus qu'il n'est raisonnable, font des heures très longues, travaillent les fins de semaine et les dimanches, etc. Mais j'ai l'impression qu'il y a une nouvelle génération dans la profession médicale. Des gens qui refusent de travailler cent heures par semaine. Qui veulent avoir un style de vie plus acceptable, une famille et un certain degré de satisfaction.

Que font les hôpitaux d'enseignement à ce sujet? Est-ce que vous évitez la question en disant que cela ne vous regarde pas et que c'est à d'autres de s'en occuper?

M. McKerracher: Vous avez tout à fait raison. Il y a une nouvelle génération de jeunes médecins qui veulent avoir une vie personnelle et une vie familiale. Beaucoup de médecins de ma génération se sont laissés entièrement déborder par leur travail et n'avaient plus du tout de temps pour leur famille. C'était tout à fait courant à mon époque mais les choses évoluent. Je crois que les jeunes médecins qui ont été élevés dans le contexte de l'assurance-médicale—qui a commencé en 1960—et qui n'ont jamais rien connu d'autre ont plus tendance à vouloir que les choses changent.

Je ne pense pas que l'Association canadienne ni les hôpitaux d'enseignement eux-mêmes évitent la question. Nous ne pensons pas toutefois que nous soyons les principaux acteurs. Les facultés de médecine doivent s'en occuper aussi. Le Collège Royal des médecins et chirurgiens de même que des organismes comme l'Association des médecins canadiens ont, comme vous le savez, une forte influence. Ce sont ces organismes qui doivent réussir à obtenir l'appui des médecins.

Je pense que cela va venir mais nous ne pouvons pas faire grand-chose d'autre qu'écouter. Je répète que nous entamerons ce genre de dialogue en octobre. Ce sera une première pour nous lors de notre assemblée annuelle. Cela deviendra peut-être la norme mais je n'en sais rien. Je ne crois pas en tout cas que cela puisse évoluer très rapidement.

M. Dingwall: J'aimerais que vous éclaircissiez ce que vous dites à la page 5 de votre mémoire.

Plus une profession se féminise, plus la relève risque de poser des difficultés.

Je crois qu'au paragraphe précédent, vous faisiez allusion au personnel infirmier. Pourriez-vous m'expliquer cela?

M. McKerracher: C'est vrai, 45 p. 100 du personnel infirmier travaille à temps partiel. Dans beaucoup de cas, c'est à cause de la situation familiale. Ce sont des femmes qui ont une famille et qui doivent s'en occuper. Elles ne sont pas prêtes—et c'est compréhensible—à garder un travail à plein temps parce que cela les obligerait à accepter le roulement. Une infirmière travaille par roulement. C'est sa carrière. Je ne pense pas que cela puisse être très facile pour une femme qui a des enfants à élever.

[Text]

I have talked to lots of nurses who have this problem. I am not critical, that is just the way things are. Nursing is an unattractive profession for men—5% of nurses are men, and we do not think that will change. That is the situation. That is the outcome of a feminized profession. The numbers are less significant, but it also applies to physiotherapists and occupational therapists. It applies more often to pharmacists too, because the number of women pharmacists has increased from something like 50% to 70% over the last few years.

• 1025

Eva Ryten, who provided this information, said in an off-the-cuff remark that we should not worry about there being too many physicians, because an increasing number of physicians are women, and once that happens there will not be too many because they will move into the pattern of a larger part-time practice. That is happening already with women in medicine. So that is the situation.

Mr. Dingwall: Help me, though. I am not trying to put words in your mouth, but I think I am reading here that there is something sinister about women who work shift work. You say here that the social and economic implications of this under-utilization of qualified nurses merits sober reflection.

Dr. McKerracher: Well, they do. If we knew what to do, we would be doing it. We do not know what to do at the moment.

Ms Greene (Don Valley North): Pay them more.

Dr. McKerracher: Maybe pay them more, but I do not think that will change their patterns, their lifestyles. It might.

Mr. Dingwall: You have made a very major statement. Surely your organization would have done some reflection, since you have used the term "sober reflection". If that is the case, what does your association feel about what could be done to change the situation?

My colleague has mentioned reasonable compensation for nurses. I was suggesting something which is equally important, if not more important—a new-found respect and admiration for the nursing profession, particularly by the medical community, as well as the teaching hospitals throughout this country.

Dr. McKerracher: I have a lot of respect and admiration for nurses. I know lots of them. I think the system will not work without them. They are essential to the system. I think personally that they are undervalued financially and otherwise by society. That is a personal opinion; that is not an ACTH opinion. I do not know what their opinion is.

What are we going to do about it? All I can tell you is that at our meeting in October, we are having a session on the whole issue of this paper. Eva Ryten, who really has provided the data in my paper, is the keynote speaker, and

[Translation]

J'ai parlé à beaucoup d'infirmières qui connaissent ce problème. Je ne veux pas les critiquer, c'est seulement la façon donc les choses se passent. La profession infirmière n'attire pas les hommes—il y n'y a que 5 p. 100 d'hommes dans cette profession et nous ne pensons pas que cela va changer. C'est une réalité. C'est le résultat d'une profession féminisée. Il en va de même, bien que dans des proportions réduites, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. Également des pharmaciens parce que le nombre de pharmaciennes est passé de quelque 50 à 70 p. 100 au cours des dernières années.

Eva Ryten, qui nous a fourni ces renseignements, a dit de façon impromptue qu'il ne faudrait pas se préoccuper d'avoir trop de médecins, parce qu'un nombre toujours croissant de médecins sont des femmes, et qu'il n'y aura jamais trop de médecins parce que ces femmes décideront éventuellement de travailler à temps partiel dans un cabinet médical. C'est déjà le cas des femmes médecins. C'est la situation.

M. Dingwall: J'ai cependant besoin de votre aide. Je n'essaie pas de vous faire dire des choses que vous ne voulez pas dire, mais on semble laisser entendre qu'il y a quelque chose qui cloche quant les femmes travaillent par roulement. Vous dites ici que les répercussions économiques et sociales de cette sous-utilisation des infirmières qualifiées méritent d'être étudiées en détail.

M. McKerracher: C'est vrai. Si nous savions quoi faire, nous le ferions. Nous ne savons simplement pas ce que nous devrions faire.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Il faudrait peut-être mieux les payer.

M. McKerracher: Peut-être, mais je ne crois pas que cela changera vraiment leur mode de vie. C'est possible cependant.

M. Dingwall: Vous avez dit quelque chose de très important. Vous avez dit qu'il faudrait étudier en détail la situation. Votre organisme l'a certainement déjà fait. Si c'est le cas, que faudrait-il faire, d'après vous, pour remédier au problème?

Ma collègue a dit qu'il faudrait peut-être leur offrir des salaires acceptables. J'allais proposer quelque chose d'aussi important sinon de plus important, soit un nouveau respect et une nouvelle admiration pour les infirmières, particulièrement de la part du monde médical, et de la part des représentants des hôpitaux d'enseignement du pays.

M. McKerracher: J'ai beaucoup de respect et d'admiration pour les infirmières. J'en connais un grand nombre. Le système ne saurait fonctionner sans elles. Elles jouent un rôle fondamental. Je crois qu'elles ne reçoivent pas une rémunération appropriée et je crois que la société ne reconnaît pas leur juste valeur. Ça c'est mon opinion personnelle, et non pas celle de l'ACHE. Je ne connais pas l'opinion du groupe.

Qu'allons-nous faire? Je peux simplement vous dire qu'à notre réunion du mois d'octobre, nous aborderons les questions soulevées dans ce document. Eva Ryten, qui a fourni les données que j'ai mentionnées dans mon document,

[Texte]

we have a dean of nursing coming and the head of a nurses union coming to speak to the CEOs of teaching hospitals. So we are starting to look at the problem now. I think the way teaching hospitals run, the vice-presidents of nursing are the ones who have to deal with the issue. They recruit nurses. They try to set policies. I think the hospital boards and the hospital organization are there, but they are the key people in trying to deal with the issue.

The deans of nursing, as far as I understand, train quality university graduate nurses. I think the quality of the nurse is not in question. The same goes for diploma schools; they have better and better nurses as time goes on. You are right, there is a concern among nursing, I believe, about their role in the hospital, their role in relation to the physician. It is hard to have a university graduate have to get a physician to order relatively harmless medication. That is an extreme example, but that is the kind of situation the nurse is in.

The nurses, for example, do a nursing history now of the patients when the patients comes in, and I think that is important and necessary for quality nursing care. There are physicians—not all of them, by any means—who say that is not necessary. So there is a need for that relationship to certainly be reviewed and discussed and I think changed. I think that is slow in happening.

• 1030

Mr. Dingwall: Dr. McKerracher, I want to thank you for your comments. I was happy to hear you say, speaking personally, that you have profound respect and admiration for the nursing profession. Many of us will look forward to the discussions your association will be having in coming months to see what solutions you believe to be viable in this particular area. I have great respect and admiration for the nursing profession, having family members in it and knowing that the contribution they make is pretty large. So I would hope there would be no further down-putting, if you will, of the nursing profession in this country, which I think doctors and associations like your own have contributed to.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): I too want to thank you for your presentation, Dr. McKerracher.

I think many would expect a good deal of leadership from an organization like yours in terms of the issues we have been discussing with regard to the recruitment of nurses and how we might better ensure that they stay within the profession. And certainly, in the other presentations we have heard, the emphasis on the problems were rather different from the ones you raised.

[Traduction]

sera la principale conférencière invitée. De plus, des doyens des études en sciences infirmières, et le chef d'un syndicat d'infirmières parleront au PDG des hôpitaux d'enseignement. Nous commençons donc à examiner le problème. Compte tenu la façon dont fonctionnent les hôpitaux d'enseignement, ce sont les vice-présidents responsables des soins infirmiers qui devront s'attaquer au problème. Ce sont eux qui font le recrutement des infirmières. Ils établissent les politiques. Je crois que les conseils d'administration des hôpitaux et les hôpitaux ont un rôle à jouer, mais les vice-présidents sont ceux qui devraient vraiment s'attaquer au problème.

À ma connaissance, les doyens responsables des facultés de sciences infirmières forment dans leur cours universitaires des infirmières compétentes. Personne n'en doute. Il en va de même pour les écoles qui décernent des diplômes; leurs infirmières sont meilleures d'année en année. Vous avez raison, les infirmières. On se préoccupe de leur rôle à l'hôpital, de leur rôle par rapport au médecin. Il est difficile d'expliquer à une diplômée de l'université qu'elle doit recevoir l'approbation du médecin avant de demander un médicament relativement inoffensif. C'est un exemple extrême, mais c'est le genre de situation dans laquelle les infirmières se retrouvent.

Par exemple, les infirmières étudient les antécédents médicaux des patients lorsque ces derniers arrivent à l'hôpital; je crois que c'est une étape nécessaire et importante si l'on veut offrir des soins de qualité. Cependant, il y a des médecins, pas tous—qui disent que cette étape n'est pas nécessaire. Il faut donc revoir le rapport qui existe entre les médecins et les infirmières, et peut-être le modifier. Cependant, ce changement se produit très lentement.

M. Dingwall: Monsieur McKerracher, je tiens à vous remercier de vos commentaires. Je dois vous dire que personnellement j'ai été très heureux de vous entendre dire que vous aviez beaucoup de respect et d'admiration pour les infirmières. Nous aurons hâte de connaître le résultat des discussions que votre association aura au cours des prochains mois quant aux solutions qu'on pourra apporter aux problèmes. J'ai beaucoup de respect et d'admiration pour les infirmières; certains des membres de ma famille font partie de la profession. Je sais que ces personnes jouent un rôle très important. J'espère qu'on ne dénigrera plus la profession d'infirmière au Canada, et je crois que les médecins et les associations comme la vôtre ont un peu contribué à la situation que l'on connaît actuellement.

M. Axworthy (député de Saskatoon—Clark's Crossing): Docteur McKerracher, je tiens à vous remercier de vos commentaires.

Nombreux sont ceux qui à mon avis, s'attendent à ce qu'un organisme comme le vôtre donne l'exemple en ce qui a trait à certaines des questions dont on a discuté, comme le recrutement des infirmières et la façon d'assurer qu'elles continuent à exercer leur profession. Les autres témoins que nous avons entendus ont insisté sur des problèmes plutôt différents des vôtres.

[Text]

In terms of leadership on two matters of resources, would you indicate what your organization is doing about the problem of nurse recruitment and retaining nurses in the system in terms of, for example, the organization of the activities in a teaching hospital? Often we hear from nurses that one of the big problems, rather than anything else, is the way they are treated within the system. What leadership role is the Association of Canadian Teaching Hospitals taking in terms of dealing with the problems of the way in which nurses are treated and the responses they make with regard to women in the profession, and so on?

With regard to the distribution of physicians, we often hear, and I think in a well-informed way, that rural areas are short on both physicians and a wide range of health care professionals. I would have hoped that the Association of Canadian Teaching Hospitals would have spent some time looking at that issue. Perhaps you could indicate what you think the role of your organization and the teaching hospitals might be in Canada.

Last, we are trying to look at health care issues from a federal perspective. What advice would you give to the federal government in terms of assisting a more desirable distribution of both physicians and other health care professionals in areas where more of them are needed?

Dr. McKerracher: On the question of nursing, there was a thrust to improve the quality of nursing care, and that came from the nursing leaders and teaching hospitals, and probably other hospitals too. In the old days it seemed to me that people were on permanent night shift. There were people who were happy to work either part-time night shift or full-time night shift because that suited their personal life. But the nursing organization, certainly in the teaching hospitals, brought up the question of quality of nursing care since those people were not really in contact with a nursing organization. They came at night and they left at night, and the teachers really did not see many of them. The question of the kind of care they provided was certainly discussed.

What happened was that nursing itself decided that what it wanted to do was have those people take part in the daytime operation of the hospital, which is a much more active, dynamin, challenging situation. The permanent night staff and evening staff situation was diminished. More people were put on rotating shifts. That turned out to be a rotation through three shifts. In reflection I think that was really unwise. As George Bush said yesterday, that was "a wrong mistake".

• 1035

What is happening now is a shift back towards the old system. For example, teaching hospitals are moving to the two-shift system. The girl is either on day shift and evening shift, or day shift and night shift. She does not rotate through the third shift.

[Translation]

Pour ce qui est de la question des ressources, pouvez-vous nous dire ce que fait votre association pour régler le problème du recrutement des infirmières? Comment procédez-vous pour leur assurer un rôle par exemple au sein d'un hôpital d'enseignement? Très souvent les infirmières nous disent qu'un des pires problèmes c'est la façon dont elles sont traitées au sein du système. L'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement s'est-elle faite le chef de file dans ce domaine? S'est-elle penchée sur la façon dont les infirmières sont traitées et sur la façon dont on perçoit les femmes au sein de la profession?

En ce qui a trait à la répartition des médecins, on dit souvent, à raison d'ailleurs, qu'il n'y a pas suffisamment de médecins et d'autres professionnels de la santé dans les régions rurales. J'aurais espéré que l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement se serait penchée sur la question. Peut-être pourriez-vous nous dire quel est le rôle que doivent jouer votre organisation et les hôpitaux d'enseignement au Canada.

Enfin, nous essayons d'étudier les questions qui touchent le secteur de la santé du point de vue du gouvernement fédéral. Quel conseil donneriez-vous au gouvernement fédéral pour qu'il puisse arriver à une meilleure répartition des médecins et des autres professionnels du secteur de la santé dans les régions où on en a le plus besoin?

M. McKerracher: Pour ce qui est des soins infirmiers, on a essayé d'améliorer la qualité des soins offerts; ont participé à cet effort les représentants des infirmières, les hôpitaux d'enseignement et probablement d'autres hôpitaux. Jadis, certaines infirmières travaillaient en permanence à l'équipe de nuit. Il y a des gens qui étaient heureux de travailler soit à temps partiel à l'équipe de nuit ou à plein temps la nuit, parce que cela convenait à leur mode de vie. Mais les intervenants du secteur des soins infirmiers, dans les hôpitaux d'enseignement entre autres, ont commencé à parler de la qualité des soins offerts puisque ces personnes n'étaient pas vraiment en contact avec l'organisation dans son ensemble. Elles venaient travailler la nuit, repartaient pendant la nuit, et les professeurs ne les voyaient pas très souvent. On s'est vraiment posé des questions sur la qualité des soins que ces personnes pouvaient offrir.

Les représentantes des infirmières ont décidé que la meilleure façon de procéder était d'encourager ces gens à participer à des activités pendant le jour, où la situation est beaucoup plus dynamique et active. On a réduit le nombre d'employés affectés en permanence à l'équipe de nuit et de soirée. Un plus grand nombre d'infirmières faisaient partie des équipes rotatives. Le roulement se faisait sur trois équipes. Avec le recul je peux dire que je crois que c'était une erreur. Comme George Bush l'a dit hier, c'était la mauvaise erreur.

Nous revenons maintenant à l'ancien système. Par exemple, les hôpitaux d'enseignement ont un système à deux équipes. L'infirmière travaille soit à l'équipe de jour ou l'équipe de soirée, ou l'équipe de jour et l'équipe de nuit. Elle ne travaille jamais à la troisième équipe.

[Texte]

Mr. Axworthy: What about something like more professional responsibility or more professional respect? It seems to me that all organizations have a culture. A teaching hospital's culture could be one that provides a great deal more respect and more responsibility to the nursing staff than perhaps is the case now. What about in that area? I know you can do things about timetables, but what about making a person feel...?

Dr. McKerracher: I think I mentioned the Toronto Hospital and the recruitment of Sandra Twyan from the States. Her expertise is in the case management system. I think we are likely to see that tried in the Toronto Hospital, the biggest teaching hospital in the country.

That is one new venture. I have no idea how that will work out. I think it will take a lot of exploration and persuasion to get it going. If that comes into being it will have nurses manage patients in a very different way, with more responsibility.

I do not know the details, but the principle is that they carry a caseload more like a physician than a traditional nurse. If that kind of thing happens, it might change the way nurses are handled. That has to filter through the system.

I do not know of any other things like that being tried. The nursing profession is certainly discussing those things.

Mr. Axworthy: What about the role of teaching hospitals and the role of federal government and a more effective distribution of physicians?

Dr. McKerracher: The teaching hospital relationship to physicians is to provide the environment for the teaching organization and for the residents in training. The actual composition of the training program is set by the faculties of medicine and by the Royal College, which controls the specialties.

There is a move to sub-specialization now. I think the Royal College is concerned about this. New sub-specialties are appearing every year. There are now 40 or 50 sub-specialties. The problem with this is that the more you do this the less you make a physician, a specialist, qualified to work in a rural or non-teaching environment, where he has to be a general surgeon or a general internist or a general obstetrician. Many of them now are trained in the sub-specialties. In a way, we are not serving the needs of the outlying areas at all.

Mr. Axworthy: Is anything being done to respond to that?

Dr. McKerracher: I do not think very much, except to talk about it. But I think there is an increase in the number of family physicians being trained.

[Traduction]

M. Axworthy: A-t-on pensé à leur donner une plus grande responsabilité professionnelle ou plus de respect professionnel? Il me semble que tous les organismes ont une certaine culture. La culture d'un hôpital d'enseignement pourrait accorder beaucoup plus de respect et de responsabilité au personnel infirmier que ce n'est le cas actuellement. Y avez-vous songé? Je sais que vous pouvez changer les horaires, mais comment pouvez-vous encourager une personne à se sentir...?

M. McKerracher: Je crois que j'ai parlé de l'hôpital de Toronto et du recrutement de Sandra Twyan des États-Unis. Elle est experte dans le domaine du système de gestion des cas. Je crois qu'on essaiera ce système au *Toronto Hospital*, le plus gros hôpital d'enseignement au pays.

C'est un nouvel effort. Je ne sais pas quels en seront les résultats. Je crois qu'il faudra vraiment étudier la question et user de persuasion pour lancer le programme. Si le programme est mis sur pied, les infirmières s'occuperont des patients de façon différente. Elles auront plus de responsabilité.

Je ne connais pas tous les détails, mais le principe en est que ces infirmières ont la responsabilité d'un certain nombre de patients, plutôt comme les médecins que comme des infirmières traditionnelles. Si ce genre de chose se produit, cela changera peut-être la façon dont on traite les infirmières. Mais il faut un certain temps avant que les retombées ne se fassent ressentir dans tout le système.

Je ne suis pas au courant d'autres programmes du genre. Les infirmières et leurs représentantes discutent certainement de la question.

M. Axworthy: Qu'en est-il du rôle des centres hospitaliers universitaires, du gouvernement fédéral, et d'une meilleure distribution des médecins?

M. McKerracher: Les hôpitaux d'enseignement doivent fournir aux médecins le milieu nécessaire pour permettre l'enseignement et la formation. Les caractéristiques du programme de formation sont établies par les facultés de médecine et par le Collège royal, qui contrôle les spécialisations.

On opte beaucoup pour les sous-spécialisations aujourd'hui. Je crois que le Collège royal se préoccupe de la situation. De nouvelles spécialités apparaissent tous les ans. Il y a maintenant 40 ou 50 sous-spécialités. Le problème c'est que plus vous êtes spécialisé moins vous êtes en mesure d'être simple médecin, qui est appelé à travailler dans un milieu rural ou un milieu non-universitaire ou un milieu où le médecin doit être simplement un chirurgien ou un interniste ou un obstétricien. Aujourd'hui nombre de médecins ont une formation spécialisée. Dans un certain sens, on ne peut de cette façon répondre aux besoins des régions éloignées.

M. Axworthy: Que fait-on pour s'attaquer au problème?

M. McKerracher: On ne fait pas grand-chose. On parle beaucoup. Je crois cependant qu'il y a une augmentation du nombre de médecins de famille que l'on forme.

[Text]

Mr. Axworthy: You can make practice in a rural area interesting and attractive; you can make it sound important. If you make it sound unimportant, I am not surprised when you do not get too many people going out there. There is a lot of peer pressure involved in where you work, what sort of work you do.

• 1040

Would you not think it was a part of the role of teaching hospitals to respond to societal needs more widely than just within the teaching hospital institutions? It has a role in training physicians and other health care professionals. Would it not want to place some emphasis on making sure Canadians get health care services where they live, rather than having to drive or fly for hours?

Dr. McKerracher: I think we might have a responsibility there. The medical profession—and we are not the medical profession—has a bigger responsibility for that. I would not dare to speak for them. There is no question but that it is a problem. We talked earlier about the physician of today wanting a personal life, not wanting to be a workaholic. Many physicians today do not want to live away from the big cities, and when the kids grow up they want to live in a university town so that the kids can go to university. There is no question but that this is a factor. The system is so voluntary that it seems to me that the only way to do it is by incentives.

Certainly in B.C., as I understand it, the government tried to allocate billing numbers and control the allocation of billing numbers. That was rejected by the courts. They were Draconian measures meant to provide staffing throughout British Columbia, but it did not work. The alternative seems to be a voluntary system. I do not know how you design it. I think it has to be through incentives, if you cannot in any other way get people to practise in those areas. If I had solutions I would tell you them, but I do not.

Mr. Halliday: Dr. McKerracher, do representatives from ACTH come mainly from the administrative side or the clinical side of hospitals?

Dr. McKerracher: The people I represent are the CEOs of teaching hospitals, the chief executive officers.

Mr. Halliday: You mentioned the term “overage”. Clinicians earn on a fee-for-service basis, but with a cap on it. The part above the cap is the overage. What does that come to per year across Canada?

Dr. McKerracher: I have no idea.

Mr. Halliday: Would your association not be concerned about that?

Dr. McKerracher: No.

[Translation]

M. Axworthy: Vous pouvez rendre le fait de pratiquer la médecine dans une région rurale une chose intéressante et attrayante; vous pouvez en faire une chose importante. Si vous agissez comme si la pratique en région rurale n'était pas une chose importante, il ne faut pas s'étonner que très peu de gens soient intéressés. L'opinion des collègues a beaucoup d'influence sur le genre de travail que vous voulez faire, et sur l'endroit où vous voulez travailler.

Ne pensez-vous pas que les hôpitaux d'enseignement doivent répondre aux besoins de société en général au lieu de se limiter au cadre des hôpitaux d'enseignement? Ces hôpitaux doivent assurer la formation des médecins et des autres professionnels de la santé. Ne devraient-ils pas s'assurer que les Canadiens ont accès à des services de santé là où ils vivent, plutôt qu'avoir à se déplacer en voiture ou en avion pendant des heures pour les obtenir?

M. McKerracher: Nous avons peut-être une responsabilité à cet égard. La profession médicale—et ce n'est pas nous—a une plus grande responsabilité à cet égard. Je n'ose parler en son nom. Il est vrai qu'il existe un problème. Un peu plus tôt nous avons dit que le médecin d'aujourd'hui veut avoir une vie personnelle, il ne veut pas être un bourreau de travail. Nombre de médecins d'aujourd'hui ne veulent pas vivre très loin des grandes villes, car lorsque leurs enfants grandissent, ils veulent se trouver dans une ville universitaire où les jeunes pourront faire leurs études. C'est un facteur important. Notre système n'a rien de coercitif, et la seule façon de régler le problème serait d'offrir des incitations.

Si j'ai bien compris, en Colombie britannique le gouvernement a essayé de régler le problème en donnant des numéros de facturation et en exerçant un contrôle sur leur distribution. Les tribunaux ont rejeté cette façon de procéder. Il s'agissait de mesures draconiennes visant à assurer le personnel nécessaire dans l'ensemble de la province. Cependant cela n'a pas réussi. La seule solution serait un système fondé sur le volontariat. Je ne sais pas comment on pourrait le concevoir. Je crois qu'il faudrait offrir des incitations, s'il n'y a pas d'autre moyen de persuader les gens d'aller pratiquer dans ces régions. Si j'avais des solutions à ce problème je vous en ferais part, mais ce n'est pas le cas.

M. Halliday: Docteur McKerracher, les représentants de l'ACHE représentent-ils le côté administratif ou le côté clinique des hôpitaux?

M. McKerracher: Je représente les PDG des hôpitaux d'enseignement, les présidents-directeurs généraux.

M. Halliday: Vous avez parlé d'«excédent». Les cliniciens sont rémunérés à l'acte, mais on impose un maximum au montant qu'ils peuvent recevoir. Le montant supplémentaire, le surplus, représente l'excédent. A combien s'élève cet excédent par année au Canada?

M. McKerracher: Je ne le sais pas.

M. Halliday: Votre association ne se préoccupe-t-elle pas de la situation?

M. McKerracher: Non.

[Texte]

Mr. Halliday: Your comments were that this overage was applied to the funding of certain facilities within the hospital such as libraries or research. If you lose that, the provinces will not pick it up and you are going to be short those extra facilities. Such facilities make a teaching hospital somewhat better than an ordinary hospital and allow you to attract good residents and clinicians. That is disappearing. I am concerned that you do not know how much that overage is.

Dr. McKerracher: The way it works, the physician signs a contract with the university and usually the hospital signs it, too. It is a tripartite agreement. The agreement specifies the maximum income that he can retain. It specifies that overage usually goes to departmental funds. The overage is very much a university or a hospital matter. There are conditions about how the overage is used. It cannot be used by physicians—

Mr. Halliday: That is why I am concerned. It is not for them; it is for hospital use. If that disappears, what is going to replace it? Where will you get that replacement money?

Dr. McKerracher: I do not know where it would come from.

Mr. Halliday: You do not know how much that is?

• 1045

Dr. McKerracher: I do not know how much that is.

Mr. Halliday: Can you find out for us?

Dr. McKerracher: No, I do not think so.

Mr. Halliday: My goodness, I would have thought each hospital would know exactly what that overage totals each year per hospital.

Dr. McKerracher: The hospital might know it through accounting, but the hospital does not really have access to that money; the clinical department uses it.

Mr. Halliday: But it is very important in the training program of the hospital, I would think.

Dr. McKerracher: Oh yes, yes.

Mr. Halliday: It gives you a cutting edge that other hospitals would not have, it seems to me, as a way of attracting good staff.

Dr. McKerracher: What they use the money for if they want to attract somebody to do something special is to provide what they call the base salary. The university, in theory, provides a base salary to a geographic full-time physician so that he can devote time to the things he cannot fund through a fee for service, because it does not involve patients. That really goes to the university department and it is the university department that manages it.

Mr. Halliday: I appreciate that Dr. McKerracher cannot give us the details; maybe our research people can look into that because I think we need to know the dollars we are talking about in that kind of situation. I believe the loss is imminent of that so-called overage.

[Traduction]

M. Halliday: Vous avez dit que cet excédent était employé pour le financement de certaines installations à l'hôpital, comme les bibliothèques ou les centres de recherche. Si vous perdez ce montant, les provinces ne vous offriront pas de financement supplémentaire. Vous aurez donc certaines pénuries. Ce sont ces installations qui distinguent les hôpitaux d'enseignement des hôpitaux ordinaires et qui vous permettent d'attirer de bons médecins résidents et de bons cliniciens. Cet avantage disparaît. Je suis inquiet de constater que vous ne savez pas combien représente cet excédent.

M. McKerracher: Le médecin signe un contrat avec l'université, contrat qui est habituellement signé par l'hôpital. Il s'agit d'une entente tripartite. On précise dans ce document quel est le revenu maximum du médecin. On précise également que l'excédent va à la caisse du service. L'excédent est une question qui relève de l'université ou de l'hôpital. Il existe des modalités d'utilisation de ce montant. Il ne peut être utilisé par les médecins...

M. Halliday: C'est ce qui me préoccupe. Ce montant n'est pas pour eux, mais pour l'hôpital. Si cet avantage ou ce surplus disparaît, comment le remplacera-t-on? Où obtiendrez-vous les ressources nécessaires?

M. McKerracher: Je ne le sais pas.

M. Halliday: Et vous ne savez pas à combien il s'élève?

M. McKerracher: Je ne sais pas.

M. Halliday: Pouvez-vous nous trouver la réponse?

M. McKerracher: Je ne crois pas.

M. Halliday: J'aurais pensé que chaque hôpital connaîtrait exactement le montant annuel de ces excédents.

M. McKerracher: L'hôpital le sait par sa comptabilité, mais il n'a pas vraiment accès à cet argent; c'est le service clinique qui l'utilise.

M. Halliday: C'est quand même très important pour le programme d'enseignement de l'hôpital.

M. McKerracher: Certainement.

M. Halliday: C'est ce qui peut faire la différence avec les autres hôpitaux; c'est un bon moyen d'attirer du bon personnel.

M. McKerracher: Si l'on veut attirer quelqu'un pour faire un travail spécial, on crée un salaire de base voilà à quoi cet argent est utilisé. L'université, en théorie, accorde un salaire de base à l'attaché d'enseignement clinique de façon à ce qu'il puisse consacrer une partie de son temps à des activités qui ne peuvent être rémunérées par le paiement à l'acte, parce qu'elles n'impliquent pas de patients. L'argent va au service universitaire, et c'est le service universitaire qui l'administre.

M. Halliday: Je comprends que M. McKerracher ne puisse pas donner de détails à ce sujet; nos attachés de recherche peuvent peut-être s'en prendre à la situation; nous devons savoir quels sont les montants en cause. Je crois comprendre que ces suppléments sont menacés actuellement.

[Text]

One other question relates to another term you used, Dr. McKerracher, which is the outcomes. I am aware that term is being used. I do not know much about it, but as I understand it, to use the analogy we were using before, it will be decided that about 50% of coronary bypasses are not worth doing over the age of . . . Let us say that 90% are not worth doing over the age of 80. I happen to be 81 and I presume somebody will decide, bureaucrat or otherwise, that I cannot have my bypass because I am 81 and there is only a 10% chance it is going to help me. Do you see a system whereby I could self-insure myself because right now that would be impossible under our present health care system? I could not self-insure for that now. Do you see a system whereby it would be a basic coverage that people would have, but those who are in the 10% category who want it would be able to fund that for themselves through some kind of pre-paid plan?

Dr. McKerracher: I think that is an ethical issue and not an outcome issue, myself.

Mr. Halliday: How do outcomes apply then? Is that not the whole idea of it, that you will say no to people because they are in that 10% range or whatever?

Dr. McKerracher: No, no. I think outcomes apply in what you do in managing patients. The challenging one is . . . well, one is gall bladders. A lot of gall bladders come out—

Mr. Halliday: Unnecessarily.

Dr. McKerracher: Well, I did not say that.

Mr. Halliday: No, I am saying it. That is exactly what I am saying. It may come out necessarily, but who is going to decide that my case is the unnecessary one? You feed in all the symptoms and the signs and the computer says no, you do not have enough pluses to deserve a gall bladder being done, but I happen to want mine done because I think it will help me. I think so. Who is going to turn me down, and do I have no recourse to have it done myself through some kind of insurance plan, because the public plan will say no to me?

The former health minister, Monique Bégin, said a number of years ago that she would go to the U.S.A. if she could not get it done here. I am wondering if that is the situation we want here in Canada. Is that what the teaching hospitals want to have?

Dr. McKerracher: No, I think outcomes is not specifically aimed in that way. I think what it has to do is evaluate what is done to people and whether that treatment is effective or not.

Mr. Halliday: And if it is not effective, you do not get it done though. That is my point.

Dr. McKerracher: You get it done but the guy who does it gets really questioned about his competence if he is . . . It is really looking a little more at the physicians and their performance and also looking at traditional methods of treating—

Mr. Halliday: We have audits in hospitals now that do that very thing, tissue audits.

Ms Greene: Yes.

[Translation]

Vous avez également utilisé le terme de résultat, monsieur McKerracher. Je l'avais entendu auparavant. Si je comprends bien, pour revenir à l'analogie utilisée plus tôt, on en viendra à la conclusion à un moment donné qu'environ 50 p. 100 des pontages coronariens ne valent pas la peine au-dessus d'un certain âge. . . disons que 90 p. 100 ne valent pas la peine au-dessus de 80 ans. J'ai 81 ans; un bureaucrate ou quelqu'un d'autre décide que je ne peux pas avoir de pontage coronarien parce qu'il n'y a que 10 p. 100 de chance qu'il me serve à quelque chose. Selon vous, puis-je m'auto-assurer, d'une façon quelconque, parce que dans le cadre du régime de soins de santé tel qu'il existe je ne peux pas obtenir cette intervention? Y a-t-il un système grâce auquel ceux qui se trouvent dans la catégorie des 10 p. 100 peuvent obtenir ce qu'ils désirent en acquittant un supplément d'avance?

M. McKerracher: Je pense que c'est plus une question d'éthique que d'efficacité.

M. Halliday: Est-ce que l'idée de tenir compte du résultat n'est pas justement de dire que 10 p. 100 des gens, par exemple, ne peuvent pas avoir droit à telle ou telle intervention?

M. McKerracher: Non. L'idée du résultat a à voir avec la gestion des patients. L'intervention qui pose le plus grand défi. . . parlons des vésicules biliaires. Il y a beaucoup de vésicules biliaires. . .

M. Halliday: Qui sont enlevées inutilement.

M. McKerracher: Je ne l'ai pas dit.

M. Halliday: C'est moi qui l'ai dit. Elles sont peut-être enlevées inutilement, mais qui décide que c'est le cas? On indique les symptômes, les signes, et l'ordinateur répond non, et la vésicule biliaire ne pourra être enlevée parce qu'il n'y a pas le nombre de points suffisants. Je puis vouloir l'intervention en pensant qu'elle peut m'aider. Qui va décider pour moi, et est-ce que j'ai un recours quelconque? Puis-je m'assurer moi-même d'une façon ou d'une autre, parce que le régime public ne m'accepte pas?

L'ancienne ministre de la Santé, Monique Bégin, disait il y a quelques années qu'elle irait aux États-Unis si elle se voyait refuser une intervention ici. Je me demande cependant si c'est bien le régime que nous voulons avoir au Canada. Est-ce que c'est celui que souhaitent les hôpitaux d'enseignement?

M. McKerracher: Non, et l'idée du résultat ne s'applique pas de cette façon. Le but est simplement d'évaluer ce qui est fait et de voir si le traitement est efficace.

M. Halliday: S'il n'est pas jugé efficace, il n'est pas offert. C'est ce que je dis.

M. McKerracher: Le traitement peut être donné quand même, mais celui qui le prescrit peut voir sa compétence mise en doute. . . L'idée d'examiner ce que font les médecins et ce que veulent les méthodes traditionnelles de traitement. . .

M. Halliday: Nous avons toutes sortes d'analyses dans les hôpitaux, des analyses de tissus, par exemple.

Mme Greene: Oui.

[Texte]

Dr. McKerracher: But they are not very effective. That is the trouble. Tissue audits are very specific. But the other kinds of audits that people try to do are really not very effective insofar as we see it. There is not a good, working, measurable evaluation of outcomes of treatment.

• 1050

Ms Greene: Last Christmas I was concerned to read that there were 16 people being treated for cancer in Ottawa from the Metropolitan Toronto Region, and I am sure you are aware of that situation. Apparently there was not adequate staffing available to man the equipment at Princess Margaret.

It seemed to me that this was a gross example of financial mismanagement in the system, as well as a great hardship for many of these people. I think many people do have to travel for medical facilities, but it is difficult to be six weeks in Ottawa receiving cancer treatment without being able to have your friends and family and so on around.

It appeared that the reason was again wages in the Toronto area and the high cost of living, the lack of housing and so on. What ability do hospitals and hospital boards have to address some of those costs? Does it require provincial approval to give a premium wage when you see a shortage like that? This is a hardship on patients as well as being very inefficient for the whole health system.

Dr. McKerracher: I think the Toronto situation is artificial in the sense that the cost of living is so high there. However, there is another side to that. There were not enough radiation therapy technologists to operate the equipment.

Ms Greene: Well, there are in Ottawa.

Dr. McKerracher: There are in Ottawa, but the market is expanding. I am sorry to put it that way, but it is the way it is. The numbers required are expanding. There are new clinics going up with new equipment, and this requires more people. There certainly is not an oversupply of technologists for radiation therapy.

Hospitals by and large are funded globally. They get an overall budget. They have to live within that budget and they allocate internally.

A lot of those positions, though, are negotiated provincially, certainly in Ontario. The laboratory technologists negotiate provincially, the X-ray technologists negotiate provincially, they are in unions. So it is the old problem. It is hard for one hospital to pay more than another because then everybody ends up having to respond to that. Certainly if Toronto paid more I presume there would be a lot of pressure for London and Thunder Bay and Ottawa and Kingston and Hamilton to get paid more, although the cost of living may not be the same in those areas.

[Traduction]

M. McKerracher: Le problème est qu'elles ne sont pas très efficaces. Les analyses de tissus sont très spécifiques. Les autres analyses, cependant, laissent à désirer. Il n'y a pas d'analyses vraiment efficaces du résultat du traitement.

Mme Greene: Ce dernier Noël, j'ai été surprise de lire que 16 personnes de la région métropolitaine de Toronto étaient traitées à Ottawa pour le cancer; je suis sûre que vous êtes au courant de cette situation. Il semble qu'il n'y avait pas suffisamment de personnel pour faire fonctionner l'équipement à l'hôpital Princess Margaret.

Il me semble que c'est un exemple grossier de mauvaise gestion à l'intérieur du système, une anomalie qui doit sans doute causer beaucoup de difficultés aux personnes en cause. Il y a toujours des personnes qui doivent se déplacer pour aller se faire traiter, mais il doit être particulièrement difficile de passer six semaines à Ottawa pour recevoir des traitements contre le cancer sans pouvoir compter sur le soutien de ses amis et de sa famille.

Il semble que le problème était une fois de plus les salaires dans la région de Toronto, compte tenu du coût élevé de la vie, de la pénurie de logements etc. Dans quelle mesure les hôpitaux et les conseils d'administration des hôpitaux peuvent-ils agir sur ce point? Doivent-ils obtenir l'approbation du gouvernement provincial pour consentir des primes en cas pénurie de personnel? La situation actuelle crée beaucoup de difficultés pour les patients et beaucoup de problèmes à l'intérieur du système de santé.

M. McKerracher: La situation à Toronto est artificielle à cause du coût de la vie si élevé. Il y a un autre aspect au problème. Dans le cas que vous évoquez, il n'y avait pas suffisamment de techniciens en radiothérapie pour faire fonctionner l'équipement.

Mme Greene: Il y en avait à Ottawa.

M. McKerracher: Il y en avait à Ottawa, mais la demande s'accroît quand même. Je regrette, mais c'est la situation. Il en faut de plus en plus. Il y a constamment de nouvelles cliniques et de nouveaux équipements; il faut du personnel pour s'en occuper. On est très loin d'un surplus de techniciens en radiothérapie.

Les hôpitaux, de façon générale, sont financés globalement. Ils reçoivent un budget global. Ils doivent respecter ce budget dans leur répartition interne.

Cependant, pour beaucoup de postes, c'est le cas en particulier en Ontario, les négociations ont lieu à l'échelon provincial. Les techniciens en laboratoire, les techniciens en rayons-X, négocient de cette façon par l'entremise de leurs syndicats. Le problème n'est pas nouveau. Il est difficile pour un hôpital de payer plus qu'un autre parce sa décision se répercute. Si Toronto paie plus, par exemple, London, Thunder Bay, Ottawa, Kingston et Hamilton doivent suivre le mouvement, même si le coût de la vie à ces endroits n'est peut-être pas aussi élevé qu'à Toronto.

[Text]

So it certainly is true that lack of funding may be part of it but I think it is more than that. Cancer is changing rapidly. First of all, I think there are more patients than there used to be. The second thing is that there is a whole lot of new drugs, new radio therapy equipment. More people are being treated than used to be treated because there are treatments for some cancers now that just did not exist maybe 10 years ago.

So the amount of treatment that is being done is more, people live longer, people survive longer with cancer because they are treated but they keep coming back for follow-up. What I am really trying to say is that there are more cancer patients being treated and more survive. They keep on being treated; before they might have died without much treatment at all. But the new drugs are there and they are very expensive drugs. People who might have lived six months or a year now live five years or more or whatever.

Ms Greene: Do you agree that it is an expensive way to treat people, transporting them to another city when you have empty facilities in the community?

• 1055

Dr. McKerracher: Sure it is. I think if you paid a lot more money, then the tax from Ottawa and elsewhere might go to Toronto. I do not know.

Ms Greene: Woolco pays more. A lot of companies have premiums for living in Toronto.

Dr. McKerracher: I think you are right.

Ms Greene: And it is the same thing with the nurses.

Dr. McKerracher: But nothing is negotiated provincially in this province, and most others—

Ms Greene: Yes. I think this is a major problem, that local negotiations are stuck with provincial.

Mr. Cole: We have heard a lot of witnesses over the last few months talking about the holistic approach to health care as opposed to medicine being the only provider. I think we all accept the fact today that there are many other professions involved in the delivery of health care from a holistic approach, without getting into a lot of details. My concern is that at teaching hospitals it is really limited to the medical profession, and to some extent to the nursing extension as far as the teaching aspect is concerned. I find very little input teaching involving the other professions. Is the Association of Canadian Teaching Hospitals looking at getting more professions more involved in the teaching hospital system than just basically medicine and nursing?

Dr. McKerracher: I am not quite sure—

Mr. Cole: You are not sure where I am coming from?

Dr. McKerracher: Yes.

Mr. Cole: As I see it, the majority of teaching hospitals limit their teaching to medicine and nursing, as it were. But there are a lot of other professions in the health care field that could use the facilities of a hospital to provide better

[Translation]

Le manque d'argent est un problème, mais il y a plus. L'oncologie évolue rapidement. Il y a plus de patients qu'auparavant. Il y a également beaucoup plus de nouveaux médicaments, de nouveaux équipements de radiothérapie. Il y a des traitements contre le cancer qui n'existaient pas il y a seulement 10 ans.

Il y a plus de traitements, les gens vivent plus longtemps, leurs chances de survie sont meilleures lorsqu'ils sont atteints du cancer; cependant, ils doivent revenir plusieurs fois pour un suivi. Ce que je veux dire, c'est qu'il y a maintenant plus de patients en oncologie et qu'ils survivent plus longtemps. Ils reviennent constamment pour être traités; auparavant, ils seraient morts bien avant. Les nouveaux médicaments sont très coûteux. Et des gens qui auraient vécu six mois ou un an auparavant vivent maintenant cinq ans ou plus.

Mme Greene: Ne croyez-vous pas que c'est quand même une façon coûteuse de traiter les gens que de les envoyer dans une autre ville quand on a des installations qui ne sont pas utilisées sur place?

M. McKerracher: Certainement, mais si on décidait de payer plus à Toronto, le personnel d'Ottawa et d'ailleurs irait à Toronto.

Mme Greene: Woolco paie plus. Beaucoup de compagnies versent des indemnités au personnel qui doit vivre à Toronto.

M. McKerracher: Je sais.

Mme Greene: C'est la même chose pour les infirmiers et les infirmières.

M. McKerracher: Mais il n'existe pas de négociations valables pour l'ensemble de la province, et la plupart des autres. . .

Mme Greene: C'est le hic, le problème des négociations locales et des négociations provinciales.

M. Cole: Nous avons beaucoup entendu parler au comité ces derniers mois de la perspective holistique dans le domaine des soins de santé par opposition à la perspective qui fait appel à la médecine seulement. Nous constatons tous qu'il y a maintenant beaucoup plus de professions qu'auparavant qui donnent des soins de santé; nous n'avons pas à entrer dans le détail. Ce qui m'inquiète, c'est que dans les hôpitaux d'enseignement les cours se limitent seulement à la médecine et aux soins infirmiers dans une certaine mesure. Il y a très peu de participation de la part des autres professions. L'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement envisage-t-elle de faire participer plus de professions à son enseignement?

M. McKerracher: Je ne sais pas si je vous comprends bien. . .

M. Cole: Vous ne savez pas où je veux en venir?

M. McKerracher: Exactement.

M. Cole: Si je comprends bien, la majorité des hôpitaux d'enseignement se limitent à la médecine et aux soins infirmiers. Cependant beaucoup d'autres professions du domaine des soins de santé pourraient utiliser les installations

[Texte]

knowledge to their professionals, to provide better service from a holistic approach to the patient. Why are the teaching hospitals not using those other professions, or not engaging them in their teaching process?

Dr. McKerracher: I am not sure that we are not engaging them in that teaching process. The occupational therapists and physiotherapists are a small group in a hospital—too small. There are not enough of them. They have an internship program and every summer there are students in these departments learning occupational therapy or physio or whatever. The same goes to a degree in psychology, although that is a different profession, and a little bit in dietary where nutritionists might do an internship if they are interested in the health care career. But they are relatively small groups. I think they get involved in the teaching of their own profession. If you are asking if they are being involved in teaching of overall aspects of health care, then they are not.

Mr. Cole: They do not have access to the teaching hospitals. That is really the reality of it. My question is why, or from your position is that the way you feel it should be? You are representing those teaching hospitals. Is it an exclusive domain of medicine?

Dr. McKerracher: The teaching hospital really, rightly or wrongly, describes the medical teaching system. That is the priority.

Mr. Cole: And that is what the Association of Teaching Hospitals feel they want to do and they are not looking at any other areas. Is that correct?

Dr. McKerracher: We have a big commitment to the teaching of nursing, both the university programs and the diploma programs. Nurses are spending a lot of student time or internship time in teaching hospitals.

La vice-présidente: Docteur McKerracher, je vous remercie beaucoup. Votre mémoire a suscité beaucoup d'intérêt.

La séance est levée.

[Traduction]

disponibles afin de parfaire la formation de leurs membres et donner un meilleur service à la population dans une perspective holistique. Pourquoi les hôpitaux d'enseignement ne font-ils pas appel à ces autres professions pour qu'elles complètent leur enseignement?

M. McKerracher: Je ne sais pas si nous n'y faisons pas appel en réalité. Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes forment un petit groupe à l'intérieur d'un hôpital, un trop petit groupe. Ils ne sont pas suffisamment nombreux. Il y a un programme d'internat pour eux; tous les étés, il y a des étudiants dans ces spécialités. C'est un peu la même chose en psychologie, même si c'est une profession différente, de même qu'en diététique; les nutritionnistes qui sont intéressés par les soins de santé peuvent faire un internat. Comme je l'ai dit, cependant, ce sont de petits groupes. Ils s'intéressent à l'enseignement de leur propre profession. Si vous voulez savoir s'ils participent à l'enseignement des soins de santé de façon générale, la réponse est non.

M. Cole: Ils n'ont pas accès aux hôpitaux d'enseignement. C'est là le problème. J'aimerais savoir pourquoi ils n'y ont pas accès, ou s'ils devraient y avoir accès en ce qui vous concerne. Vous représentez les hôpitaux d'enseignement. Doivent-ils se consacrer uniquement à la médecine?

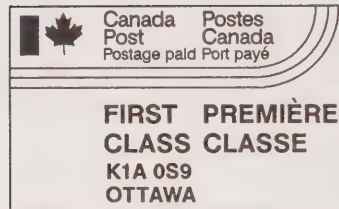
M. McKerracher: Un hôpital d'enseignement, à tort ou à raison, est voué à l'enseignement de la médecine comme tel. C'est la priorité.

M. Cole: C'est l'avis de l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement; elle ne cherche pas à intégrer d'autres domaines.

M. McKerracher: Nous faisons beaucoup pour l'enseignement des soins infirmiers, tant au niveau universitaire qu'au niveau du diplôme. Il y a beaucoup d'étudiants ou d'internes en soins infirmiers dans les hôpitaux d'enseignement.

The Vice-Chairman: Thank you very much, Dr. McKerracher. Your brief has been very interesting.

The meeting is adjourned.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 9:00 a.m.:

From the Canadian Association of Occupational Therapists:

Thelma Gill, President;
Jacqueline McGarry, President Elect;
Margaret Brockett, Executive Director.

At 10:00 a.m.:

From the Association of Canadian Teaching Hospitals:

Dr. Finlay McKerracher, Secretary-Treasurer.

TÉMOINS

À 9 h 00:

De l'Association canadienne des ergothérapeutes:

Thelma Gill, présidente;
Jacqueline McGarry, présidente élue;
Margaret Brockett, directrice administrative.

À 10 h 00:

De l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement:

Finlay McKerracher, secrétaire-trésorier.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 27

Tuesday, May 1, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 27

Le mardi 1^{er} mai 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, May 1, 1990
(35)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White, Stan Wilbee.

Acting Member present: Steve Butland for Joy Langan.

Other Member present: Beth Phinney.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Centre for Occupational Health and Safety: Maureen Shaw, Chairman of the Council of Governors. *From the Canadian Dietetic Association:* Shirley Power, President; Bretta Maloff, Director, Nutrition Division, Calgary Health Services; Marsha Sharp, Executive Director.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Maureen Shaw made a statement and answered questions.

At 10:06 o'clock a.m., the representatives from the Canadian Dietetic Association appeared before the Committee. Shirley Power made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 11:11 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 1^{er} MAI 1990
(35)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 15, dans la pièce 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White et Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Steve Butland remplace Joy Langan.

Autre député présent: Beth Phinney.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: Du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail: Maureen Shaw, présidente du Conseil des gouverneurs. *De l'Association canadienne des diététistes:* Shirley Power, présidente; Bretta Maloff, directrice, Secteur alimentation, Calgary Health Services; Marsha Sharp, directrice administrative.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Maureen Shaw fait un exposé et répond aux questions.

A 10 h 06, Shirley Power, de l'Association canadienne des diététistes, fait un exposé puis, avec les autres témoins, répond aux questions.

À 11 h 11, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, May 1, 1990

• 0915

The Chairman: I call the meeting to order; we have a quorum. Pursuant to Standing Order 108, the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we are pleased to welcome Maureen Shaw, chairman of the Council of Governors, Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Maureen lives in the west, works right across the country, and travels, she said, as much as a lot of Members of Parliament.

Maureen, I apologize for the delay in getting the overhead functional. Though this may put you at some difficulty, perhaps we could start. We will get the overhead functional as quickly as we can.

As you may be aware, the committee has been holding hearings for the past three months, hearing a wide range of views relating to the health care system in Canada, with the intention of completing our report some time in the fall of this year. So we do welcome you, Maureen, and we look forward to your testimony this morning.

Ms Maureen Shaw (Chairman of the Council of Governors, Canadian Centre for Occupational Health and Safety): I only wanted the overhead because I went to the trouble of making up overheads. Certainly I can discuss with you without the use of the overheads.

First, let me thank you very much, after inviting myself, representing the Canadian centre, for the opportunity to appear before you today. I think the work you are doing is very important. Certainly in my view the question of the health of all Canadians is very high on the public agenda. So I appreciate the opportunity to talk to you about all of us, the aging work force, something we are going to be hearing a lot more about, inasmuch as it is estimated that in the Canadian work force today we have about 1,292,000 workers between the ages of 55 and 69, which is projected to increase very significantly to the year 2000, some estimates say, to about 1,483,000.

Most of the research is not very conclusive. Our research focuses mostly on what I view as the negative side of the equation. We all know that as we get older our eyes start to go. We all know that our limbs become a little stiffer so our fine motor and our gross motor may be affected. And as we get older, we all know that our memories are not quite as good as they used to be.

The very basic principle of health and safety is that the workplace must be designed to provide the worker with a safe and healthy work environment. There are many ways of doing that. The principle also holds that workers of every age come in a variety of sizes and shapes and exhibit a wide range of strengths and weaknesses. Therefore, when we are talking about an aging work force and the workplace, we must look at it in a very holistic manner.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 1^{er} mai 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte; nous avons le quorum. En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, le comité poursuit son étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Ce matin, nous avons le plaisir d'accueillir Maureen Shaw, présidente du Conseil des gouverneurs, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Maureen vit dans l'Ouest, mais elle se déplace et travaille dans tout le pays, comme bien des députés, dit-elle.

Maureen, je m'excuse du retard à faire fonctionner le rétroprojecteur. Nous pourrions peut-être commencer, bien que cela puisse vous poser certains petits problèmes, mais nous allons essayer d'installer le rétroprojecteur le plus rapidement possible.

Comme vous le savez peut-être, depuis trois mois, notre comité tient des audiences pour entendre divers points de vue sur le régime de soins de santé au Canada, et il a l'intention de terminer son rapport à l'automne. Nous vous souhaitons donc la bienvenue, Maureen, et nous sommes impatients d'entendre votre témoignage ce matin.

Mme Maureen Shaw (présidente du Conseil des gouverneurs, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail): J'ai demandé un rétroprojecteur, car je me suis donné la peine de préparer des transparents. Mais je peux certainement m'entretenir avec vous sans les utiliser.

J'aimerais d'abord vous remercier de m'avoir invitée à comparaître au nom du Centre devant votre comité. Le travail que vous effectuez est très important. À mon avis, la santé est une question prioritaire pour tous les Canadiens. Je suis donc heureuse d'avoir l'occasion de venir vous parler de nous tous, de la main-d'oeuvre vieillissante, question dont nous allons entendre parler de plus en plus. En effet, on estime que la main-d'oeuvre canadienne âgée de 55 à 69 ans compte aujourd'hui 1,292,000 travailleurs et que ce chiffre atteindra environ 1,483,000 en l'an 2000.

La plus grande partie de la recherche n'est pas très concluante. Elle porte surtout sur ce que je considère comme les côtés négatifs de la question. Nous savons tous qu'en vieillissant, la vue baisse, les membres perdent de leur souplesse, ce qui peut affecter notre motricité fine et notre motricité globale. En vieillissant, nous savons tous que notre mémoire n'est plus aussi fidèle.

Le principe fondamental sous-tendant l'hygiène et la sécurité au travail est qu'il faut fournir aux travailleurs un milieu de travail sain et sécuritaire. Il y a de nombreuses façons d'y arriver. Ce principe suppose également que les travailleurs de tous les âges présentent diverses caractéristiques de taille, de forme, de points forts et de points faibles. Par conséquent, lorsque nous parlons de la main-d'oeuvre vieillissante et du lieu de travail, nous devons l'envisager dans une perspective holistique.

[Texte]

We could spend a lot of time talking about the negative side of the question, what I call the dysfunctional side, but I do not think that is going to get us where we want to be, because for one thing, the research is not sound. There has not been very much done about the effects of an aging work force. In my view, I think we need to focus more on the positive side. There are some things we should be looking for, if you look at the overhead I have put up.

• 0920

Number one, there are warning signals out there. The aging workers—that is all of us—are going to be much less tolerant of poor working conditions than young people are. We have been around, we are not willing to take the risks, nor will we be willing to take the risks in the future. We are going to be demanding that the workplace is as safe and as healthy as it possibly can be. We will probably be moving around from job to job a bit more. There are those of us who are perhaps in a senior management position today; we will not be there when we get older. Young people will be taking over some of that. We will be moving around from job to job more than we have at this particular time. That also is a positive thing, because we bring to each workplace that we come to sets of skills we have learned from our various jobs. We know that people today are not spending very long in a particular job. We may have three or four or five or six careers in our lifetime.

I am not going to read the brief. I am going to have you just use it as a resource, if you would not mind. We can certainly provide more for you from our data bases at the Canadian Centre for Occupational Health and Safety. There are some people who advocate particular aids for older workers. We do not advocate that particularly, but what we do advocate is a workplace that is properly designed for all workers.

We must remember that as we get older, as I said just a minute ago, the skill set of Canadian workplaces is going to be enhanced, because we bring with us a much broader range of skills than new people coming into the work force. With that skill level increase, we will be providing opportunities for our young people to learn from what we have learned in the past.

Older workers generally tend to be more reliable. We bring a value system to the workplace. We tend to be more careful; we are less likely to take unnecessary risks, and that is all very positive.

There are various things I consider to be myths; I am sure many people consider it a myth. Older workers have more accidents—that is a myth. Older workers have less physical stamina—that is a myth. There is a myth that older workers will take longer to do their jobs because of various physical limitations. There are a number of myths, none of which has been proved. I want you to remember that a myth is something that has never happened, but something we believe is happening all the time.

[Traduction]

Nous pourrions parler longuement des aspects négatifs de la question, que j'appelle dysfonctionnels, mais je ne pense pas que cela nous soit très utile, car, entre autres choses, la recherche effectuée dans ce domaine n'est pas solide. Très peu de recherches ont été effectuées sur les conséquences du vieillissement sur la main-d'œuvre. À mon avis, je pense qu'il faut insister plutôt sur les aspects positifs. Nous devrions donc surveiller certaines choses, comme vous pouvez le voir sur cette diapositive.

D'abord, il y a certains signaux d'avertissement. Les travailleurs âgés—nous tous—toléreront beaucoup moins que les jeunes de mauvaises conditions de travail. Nous avons de l'expérience, nous ne sommes pas prêts à courir des risques et nous ne serons pas prêts à en courir non plus à l'avenir. Nous exigerons un milieu de travail qui soit le plus sain et le plus sécuritaire possible. Nous changerons sans doute d'emploi un peu plus souvent. Certains d'entre nous occupent à l'heure actuelle des postes de cadre supérieur; nous ne serons pas là lorsque nous serons plus âgés. Les jeunes prendront la relève. Nous changerons un peu plus souvent d'emploi que nous ne le faisons à l'heure actuelle. C'est également une bonne chose, car chaque fois que nous arriverons dans un nouveau milieu de travail, nous y apporterons toutes les compétences apprises dans nos emplois antérieurs. On sait que les gens aujourd'hui n'occupent pas un poste très longtemps. Il se peut que nous ayons trois, quatre, cinq ou six carrières différentes au cours de notre vie.

Je ne lirai pas le mémoire. Je vous demanderai de bien vouloir l'utiliser comme un document de référence. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements auprès de nos bases de données au Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Certaines personnes préconisent une aide particulière pour les travailleurs âgés. Ce n'est pas notre cas, mais nous recommandons cependant qu'on aménage un milieu de travail qui convienne à tous les travailleurs.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, nous ne devons pas oublier qu'en vieillissant, nous améliorerons la qualité du milieu de travail canadien, car nous apportons avec nous des compétences beaucoup plus variées que les jeunes arrivant sur le marché du travail. Ainsi, nous donnerons à nos jeunes l'occasion de tirer parti des connaissances que nous avons accumulées.

Les travailleurs âgés ont généralement tendance à être plus fiables. Nous apportons un système de valeurs au milieu de travail. Nous avons tendance à être plus prudents, à prendre moins de risques inutiles, et tout cela est très positif.

Il existe toutes sortes de mythes; on dit par exemple que les travailleurs âgés ont plus d'accidents, qu'ils ont moins de force physique, qu'ils prennent plus de temps à faire leur travail en raison d'une diminution de leurs capacités physiques. Aucun de ces mythes n'a été prouvé. Je vous rappelle qu'un mythe est une chose qui ne s'est jamais produite, mais dont on pense qu'elle arrive constamment.

[Text]

I would like to encourage the committee in the process of your work not to get too sidestepped by categorizing particular segments of our population, and to remember that all of us have our strengths and weaknesses. Here are some of the myths we have listed, such as "you cannot teach an old dog new tricks." That clearly is a myth. We are sitting around cooling our legs, waiting for retirement. That is clearly a myth. Many people have fought to have the age limit on retirement removed. People are going to continue working. We may, in that context, have to redefine what we mean by work.

• 0925

I was chatting with a friend of mine over breakfast this morning, and we were talking about what we mean by work. In our society we tend to value work that pays money and forget that one of the things that really makes this country tick is our huge volunteer sector. As young people are moving into the workplace, and with both members of the traditional family working, we are finding the value of older people in our volunteer sector in our communities is very, very great indeed, and in fact we are going to be relying on those part-time retirees or early retirees to continue to make our country click along in the volunteer sector. We know we cannot do without them. So what do we mean by "work"? I think we need to define that.

I would argue with the myth that older people are afraid of technology, because it is we older people who in fact developed the technology. We are not afraid of the technology. We use it as an aid. So I hope you do not get off on that particular one.

As I said a minute ago, one of the things we tend to do is to want to put everything into their nice, neat little boxes; and once again I would encourage you to look beyond the boxes.

I particularly like this slide. Some of you may have heard of Reuben Nelson, who is one of Canada's foremost futurists. He works with John Kettle, doing future scanning for government and business and so on. He may be an interesting person, Mr. Chairman, for you to talk to at some time. He works a lot out of eastern Canada but lives in Alberta, I am proud to say, between Calgary and Banff.

This is an icon, the fundamental image of the industrial age. It is the way we lay out our streets. It is the organization chart of the places we work in. It is a classroom; and if you do not know who the teacher is you are in trouble. It is starting to become clear this way of organizing ourselves has no future.

What I am asking you to do is to think about that. You are all politicians, or at least I believe a lot of you are politicians, and you know very well if you put yourself in a box and you are not able to expand and look at a situation in its entirety you are going to be in trouble. So I am asking you, in looking at the older worker, do not put us in a box. Look at the workplace in its entirety.

As I said before, older workers are going to be less tolerant of hazards in the workplace than what we have seen thus far. I think anyone involved in looking at the health of Canadians is going to have to look at health in its broadest

[Translation]

J'encouragerais le Comité à ne pas catégoriser des segments particuliers de notre population au cours de son étude, à ne pas oublier que nous avons tous nos forces et nos faiblesses. «On ne peut apprendre à un vieux singe à faire des grimaces». De toute évidence, il s'agit d'un mythe; les personnes âgées prennent les choses doucement et attendent la retraite. Voilà un autre mythe. Bien des gens se sont battus pour éliminer l'âge de la retraite obligatoire. Les gens vont continuer de travailler. Dans ce contexte, il se peut que nous soyons obligés de redéfinir ce que signifie le mot travail.

Je bavardais ce matin au petit déjeuner avec un ami, et nous parlions de ce que nous entendons par travail. Dans notre société, nous avons tendance à valoriser le travail qui rapporte de l'argent et à oublier la contribution importante de nos bénévoles au Canada. Au fur et à mesure que les jeunes arrivent sur le marché du travail et que les deux membres de la famille traditionnelle travaillent, nous constatons la très grande valeur du travail de bénévolat de nos personnes âgées dans nos collectivités, et en fait, nous devons compter de plus en plus sur le travail bénévole à temps partiel des gens qui sont à la retraite ou qui ont pris une retraite anticipée. Notre pays ne peut se passer de leur travail.

Qu'entendons-nous donc par le mot «travail»? Je pense que nous devons le définir. Je ne crois pas le mythe voulant que les personnes âgées aient peur de la technologie, car en fait, ce sont nous, les personnes âgées qui avons créé cette technologie. Nous n'en avons pas peur. Nous l'utilisons pour nous aider. J'espère donc que vous ne vous laisserez pas prendre par ce mythe.

Comme je l'ai dit il y a un instant, nous avons tendance à vouloir tout catégoriser; je vous invite à ne pas le faire.

J'aime particulièrement la diapositive que voici. Certains d'entre vous ont peut-être entendu parler de Reuben Nelson, l'un des futuristes les plus connus au Canada. Avec John Kettle, il fait une analyse de l'avenir pour le gouvernement et les entreprises. Il serait peut-être intéressant monsieur le président, que vous lui parliez à un moment donné. Il travaille beaucoup dans l'est du Canada, mais je suis fier de dire qu'il habite en Alberta, entre Calgary et Banff.

Voici une icône, l'image fondamentale de l'ère industrielle. C'est la façon dont nous planifions nos rues. C'est l'organigramme des endroits où nous travaillons. C'est une salle de classe; et si l'on ne connaît pas le professeur, on a des problèmes. Il devient de plus en plus évident que cette façon de nous organiser n'a pas d'avenir.

Je vous demande d'y réfléchir. Vous êtes tous des politiciens, du moins je pense que bon nombre d'entre vous le sont, et vous savez très bien que si vous vous placez dans une catégorie et si vous ne pouvez envisager une situation globalement, vous aurez des problèmes. Je vous demande donc de ne pas mettre les travailleurs âgés dans une catégorie et d'examiner le milieu de travail dans sa totalité.

Comme je l'ai déjà dit, les travailleurs âgés seront moins tolérants vis-à-vis des dangers au travail. Ceux qui se penchent sur la santé des Canadiens vont devoir l'examiner dans son contexte le plus large, ce qui inclut le milieu de

[Texte]

context, and that includes the workplace, because that is where we spend more than 50%. . . actually, some people are saying 65% of our waking time is spent in the process of our job—for some of us more, for some of us less. So if you are talking about the health, safety, and future of Canadians you must include the workplace, and you must not treat the workplace in isolation from the rest of the community. If I can do anything to help you broaden your perspective, I would be happy to do that.

I do not have much more to say to you, except once again to restate that the fundamental principle of our workplaces is that workplaces are as safe and healthy as they can be and the strategy we use to make the workplace healthier and safer is not limited to age and does not mean that we should be doing things specifically to accommodate the seniors in the workplace but that the workplace should be safe in the first place.

The Chairman: Thank you very much for the presentation. I am sure many of the members will have questions, Ms Shaw, relating to the role of the Canadian Centre for Occupational Health and Safety as well as some of the specifics.

• 0930

You and I were talking earlier. I guess there are examples all over. If I may, just before going to the members, on the access and the availability of the services, I think we had a point in case in my riding of a plant that dismantled automobile batteries and had done so for some time until they realized the obvious implications there where families, not only the worker but the children of some of those workers, were affected by the lead dust that was created in that plant. Now, that had gone on for some time. Are there, for example, inspections? Are there ways for workers in plants such as that to access information through your organization? Perhaps you could comment on that before we go to Mr. Butland, who will be the first questioner.

Ms Shaw: Yes. The Canadian Centre for Occupational Health and Safety—a 30 second thumbnail sketch—is a federal agency. It is a Schedule B corporation. It was established by an act of Parliament in 1979, so we have been in existence now for over 10 years. Our mandate is to disseminate information, to gather research, to do research, to educate Canadians from business, labour and management relative to health and safety. We do that in a variety of forms. We are governed by a 39-member governing board, a tripartite representing organized labour, management and governments. Every government in Canada, provincial, territorial and federal, is represented.

We have pioneered the development of electronic information data bases and we are particularly noted internationally and nationally for the development of the CD-ROM, which looks like an audio disc.

[Traduction]

travail, car nous y passons plus de 50 p. 100 de notre temps. En fait, on dit que nous y consacrons 65 p. 100, certains un peu plus, certains un peu moins. Donc, si l'on veut parler de la santé, de la sécurité et de l'avenir des Canadiens, il faut aborder également le milieu de travail, et on ne doit pas l'isoler du reste de la collectivité. Si je peux faire quoi que ce soit pour vous aider à élargir votre perspective, je le ferai avec plaisir.

Je n'ai pas tellement de choses à ajouter, mais j'aimerais souligner encore une fois que le principe fondamental est que le milieu de travail doit être le plus sain et le plus sécuritaire possible, et que notre stratégie pour en faire un endroit plus sain et plus sécuritaire n'est pas limitée à l'âge, c'est-à-dire que nous ne devrions pas nécessairement faire des choses pour adapter le lieu de travail aux personnes âgées, car il doit être sécuritaire pour tous les travailleurs.

Le président: Madame Shaw, je vous remercie de cet exposé. Je suis certain que bon nombre des députés voudront vous poser des questions, entre autres, sur le rôle du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail.

Vous et moi en parlions tout à l'heure. Ce ne sont pas les exemples qui manquent. Si vous le permettez, avant de donner la parole au député, j'aimerais vous citer un exemple de la question d'accès et de disponibilité des services. Dans ma circonscription, nous avions une usine où l'on démontait les batteries d'automobiles. Après un certain temps, on s'est rendu compte que la poussière de plomb dégagée par cette usine affectait non seulement les travailleurs, mais leurs familles, leurs enfants. Mais on a mis un certain temps à s'en apercevoir. Y a-t-il par exemple des inspections? Les travailleurs de ces usines peuvent-ils avoir accès à de l'information par l'intermédiaire de votre organisme? J'aimerais avoir vos commentaires à ce sujet avant de donner la parole à M. Butland, qui sera le premier à vous poser des questions.

Mme Shaw: Oui. Si vous me permettez de vous décrire en 30 secondes notre organisme, le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail est un organisme fédéral. C'est une société qui relève de l'annexe B. Créé par une loi du Parlement en 1979, il existe donc depuis plus de 10 ans. Nous avons pour mandat de diffuser de l'information, de recueillir les travaux de recherche, de faire de la recherche et d'éduquer les milieux d'affaire, le patronat et le syndicat en matière d'hygiène et de sécurité au travail. Nous le faisons de différentes façons. Nous sommes régis par un conseil des gouverneurs, qui compte 39 membres et auquel sont représentés les syndicats, le patronat et les gouvernements. Tous les paliers de gouvernement au Canada sont représentés, c'est-à-dire les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral.

Nous avons joué un rôle de leadership dans l'établissement de banques de données de documentation électronique et nous sommes particulièrement connus à l'échelle nationale et internationale pour avoir mis sur pied un service de documentation électronique sur disque CD-ROM, qui ressemble à un disque compact.

[Text]

We do not do inspections. That is a provincial jurisdiction. Each provincial government has a department, most frequently under the Department of Labour, that is responsible for inspections. What we do is to provide information in a variety of forms. We have a free 1-800 line that is available to any Canadian to phone in and ask a question and get a response. The response may be written, it may be verbal, and in fact somebody may come into the office and sit down and get whatever information they need.

We are staffed by 150 people, ranging the entire broad context of the scientific field from physicists to chemists to doctors to nurses to engineers, health and safety practitioners, and of course experts in electronic data base building.

Our services are available to anyone in Canada. We are currently in a process of putting in place cost recovery measures in order to become a self-sustaining organization. Our mandate will not change. We will continue to provide free information through our 1-800 line to any Canadian who requires it, but we will be putting some costs in place to recover the cost of the development of our electronic materials.

Anything we can do to assist you in a research way—we have data bases available from around the world. We have developed international agreements with a number of countries around the world and in fact in 40 countries they are using our Canadian system because it is considered to be the best in the world.

I am on my way to Europe on Thursday to sign an agreement with the Italian government to exchange data bases. They will translate our materials into Italian, so we will have them in several languages including both official languages. We have the ability as well to respond to your questions in about eight different languages within the building.

Mr. Butland (Sault Ste. Marie): Thank you, and welcome to the committee. I welcome myself, because it is my first time here too.

Ms Shaw: I will welcome you.

Mr. Butland: Thank you. I think your presentation and discussions here are most important, because we all realize the timeliness of this topic and the problems with the aging population. My suggestion is that it is a very, very difficult job to change attitudes of people, because even as I sit here and watch your icon, and I feel that I am a relatively open person, people will still stereotype the old person, and I have experienced colleagues—and I am reaching that stage too—where they openly say we are afraid of technology and we are coasting to retirement. So there are people within that group who speak this way, and there are people in the general populace who still look at older people as being a problem group. Would you comment on that?

• 0935

Ms Shaw: I would absolutely agree with that. So I believe we should all be trying to start to sing the same song, and the committee certainly can be sending that kind of a message, that we must value the aging population in the

[Translation]

Nous ne faisons pas d'inspection, car cela relève de la compétence provinciale. Chaque gouvernement provincial a un ministère, la plupart du temps le ministère du Travail, qui est responsable des inspections. Nous fournissons cependant de l'information sous toutes sortes de formes. Nous avons une ligne 1-800 gratuite, qui permet à tous les Canadiens de nous téléphoner pour obtenir une réponse à leurs questions. La réponse peut être écrite ou verbale, et en fait les gens peuvent même venir à notre bureau chercher les renseignements dont ils ont besoin.

Nous avons 150 employés, spécialisés dans tous les domaines scientifiques: physiciens, chimistes, médecins, infirmières, ingénieurs, spécialistes de l'hygiène et de la sécurité, etc., et bien sûr des experts dans le domaine des bases de données électroniques.

Nos services sont offerts à tous les Canadiens. Nous sommes actuellement en train de mettre en place des mesures de recouvrement des coûts pour devenir un organisme autonome. Notre mandat ne changera pas. Nous continuerons à fournir gratuitement de l'information à tous les Canadiens qui en ont besoin grâce à notre ligne 1-800, mais nous adopterons certaines mesures pour recouvrer les coûts de développement de notre matériel électronique.

Nous avons accès à des bases de données situées un peu partout au monde. Nous avons conclu des accords internationaux avec un certain nombre de pays; en fait, 40 pays utilisent le réseau canadien, qui est considéré comme le meilleur au monde.

Je pars jeudi en Europe pour signer un accord avec le gouvernement italien afin d'échanger des bases de données. Notre documentation sera traduite en italien, de sorte qu'elle sera disponible en plusieurs langues, dont les deux langues officielles. Nous pouvons répondre à vos questions en huit langues différentes.

M. Butland (Sault Ste. Marie): Merci, et bienvenue à notre comité. Je me souhaite également la bienvenue, car c'est une première pour moi également.

Mme Shaw: Je vous souhaite la bienvenue.

M. Butland: Merci. Votre exposé et votre témoignage sont des plus importants, car nous sommes tous conscients de l'opportunité de cette question et des problèmes que pose une population vieillissante. Je pense qu'il est extrêmement difficile d'essayer de changer les attitudes, car même si j'ai l'impression d'être une personne relativement ouverte, les gens ont tendance à stéréotyper la personne âgée, et j'ai déjà eu des collègues qui disaient ouvertement que nous avons peur de la technologie et que nous nous la coulons douce jusqu'à la retraite. Il y a donc, en milieu de travail, des gens qui font ce genre de commentaires. Et au sein de la population générale, il y a aussi des gens qui considèrent que les personnes âgées constituent un groupe à problèmes. Qu'en pensez-vous?

Mme Shaw: Je suis tout à fait d'accord avec vous. C'est pourquoi j'estime qu'il nous faut faire front commun. À cet égard, le comité peut assurément faire passer le message, faire comprendre la valeur de la contribution des personnes

[Texte]

workplace. For one thing, as I said, we have developed the technology. What we bring to our society and to the workplaces cannot be bought anywhere—the experience base, the value system.

Let us face it, they are going to have to accept us because we are going to be dominating the workplace in a few years. So I think we all need to be singing that tune. That is the only way you get effective change. I am not the kind of person who is willing to sit back and say that is the way they think and we will never change them. You change people's attitudes by constant talking and raising the profile and the level of awareness. People often have the attitudes they have because they do not understand, so we provide them with knowledge and information to make more informed decisions.

Mr. Butland: It is doubly difficult because a lot of people look to an early retirement and want out of the work force and other people would like to stay until they are 70, 75, whatever. Could we find ourselves having to make very arbitrary, subjective decisions as to when older workers are still capable of coping? It becomes very much an individualistic decision. Some 70-year-olds obviously are very capable of handling the work, but others may not be.

Ms Shaw: I agree with you. It depends, certainly, on the job. Industry and the scientific community and the medical community have developed models for determining the fitness to work of workers. That is, am I fit today to climb up that ladder and work on that scaffold? Probably not. So we fit the worker to the particular task.

I think, and certainly research is bearing this out, we are not going to have the choices in the future as much as we do today about when we retire, because—and again you will probably find that in the course of your work—we are going to have trouble maintaining the promise of pensions and so on. And we may find that our young people of today in the future do not particularly want to support us as we get older. I think many of us are going to be forced to work longer out of need. As I say, I am sure your research in the process of the committee work will bear that out. So it is not going to be strictly a matter of choice in the future.

Mr. Butland: Are there ongoing continual studies of the workplace that are monitoring this as it proceeds? Because it is an ever-continuous change.

Ms Shaw: There are lots of studies going on about workplaces all the time. Unfortunately, some of our studies are not broad enough in many instances. We tend again to compartmentalize and study specific areas.

On the question of the aging work force, I was not trying to be flippant about it at all this morning when I said things such as that I want us to concentrate on the strengths. We need to concentrate on the strengths, but we need to have more information.

[Traduction]

âgées en milieu de travail. Comme je l'ai dit, c'est notre génération qui a mis au point la technologie. En outre, on ne peut acheter nulle part l'expérience, les valeurs que nous apportons à notre milieu de travail et à la société.

En fait, il faudra bien qu'on nous accepte puisque dans quelques années, nous allons dominer la population active. Je pense donc qu'il est nécessaire de concerter nos efforts de sensibilisation. C'est la seule façon de provoquer le changement. Pour ma part, je ne suis pas le genre de personne à rester passive et à concéder qu'on n'arrivera pas à changer les attitudes. On peut changer la mentalité en revenant constamment à la charge pour sensibiliser les gens. Souvent, leur attitude négative est due à l'incompréhension. C'est à nous qu'il appartient de leur fournir des renseignements afin qu'ils puissent prendre des décisions plus éclairées.

M. Butland: C'est doublement difficile parce qu'un grand nombre aspirent à une retraite anticipée, alors que d'autres voudraient continuer à travailler jusqu'à 70 ou 75 ans. Nous pourrions être forcés de prendre des décisions très arbitraires et subjectives quant à l'âge auquel les travailleurs âgés sont encore capables de travailler. En somme, tout dépend de la personne en question. Certaines personnes de 70 ans sont tout à fait capables de continuer à travailler, alors que d'autres ne le sont pas.

Mme Shaw: Je suis d'accord avec vous. Chose certaine, cela dépend aussi de l'emploi occupé. Des experts de l'industrie, des médecins et des scientifiques ont élaboré des modèles afin de déterminer dans quelle mesure les employés étaient capables de travailler. L'employé âgé ne sera sans doute pas en mesure de grimper sur une échelle et de travailler sur un échafaudage. Il s'ensuit qu'il faut lui confier une tâche adaptée à ses capacités.

À mon avis—et les recherches me donnent raison—, nous aurons sans doute à l'avenir moins de choix qu'aujourd'hui en ce qui concerne l'âge de la retraite, car nous allons avoir du mal à respecter les promesses en matière de pensions. D'ailleurs, c'est sans doute une constatation que vous ferez au cours de vos travaux. Les jeunes d'aujourd'hui ne seront sans doute guère enthousiastes à l'idée de subvenir à nos besoins à mesure que nous vieillissons. Je pense qu'un grand nombre d'entre nous seront obligés de travailler plus longtemps. Nous n'aurons pas le choix. Je suis convaincu que les recherches que vous ferez dans le cadre de vos travaux viendront confirmer cela. À l'avenir, ce ne sera pas uniquement une question de choix.

M. Butland: Mène-t-on des études à long terme en milieu de travail sur l'évolution de la situation? En fait, c'est un processus continu.

Mme Shaw: Il s'effectue constamment des études en milieu de travail. Malheureusement, dans bien des cas, nos études n'ont pas une portée suffisamment vaste. On a tendance à tout compartimenter et à examiner des domaines précis.

Au sujet du vieillissement de la population active, j'étais sérieuse ce matin lorsque j'ai dit qu'il fallait nous attacher à nos points forts. C'est un fait, mais nous avons aussi besoin de plus d'information.

[Text]

I know that we have some of the best data bases in the world, and when I was searching the literature for today I was astounded to find how little research has really been done on the effects of job and aging. So I would suggest that one of your recommendations might be that we need to look at this a bit more carefully.

Part of it is the way we gather our statistics. I asked my scientific staff if they could tell me the accident/injury/fatality rate of older workers. I am more familiar with Alberta statistics, recently coming from there, than I am with Ontario or national statistics. I know that young people have more accidents than older people. In Alberta, 33% of all the injuries and fatalities are in the age bracket of 16 to 25 years.

• 0940

I do not know how many older people there are. I do not know what jobs they are working in. Is it that young people are working in higher-risk occupations than older people? We do not know all those things because of the way we gather our stats, through WCB boards primarily, and the way we interpret them. Before we can concretely answer those questions—and they are very serious questions, I think, and must be looked at—we have to do more research. We have to look at how we gather our information and how we interpret it. Interprovincially we gather our statistics in different ways and we measure in different ways.

Ms Phinney (Hamilton Mountain): This is just a short question. Your centre has received a lot of attention lately and it is very credible. So also is your financing problem. Would you like to clarify where it stands right now?

Ms Shaw: Yes, I would be pleased to do so. Right now we have developed a business plan for the next five years. It has been accepted by Treasury Board and the minister. The minister came to the centre on March 8 and announced that the government would provide three years of bridge funding to assist us to reach the self-sufficiency stage.

We are mandated to achieve self-sufficiency. Our current budget is a little over \$10 million a year by 1993-94. That is where we are going. In the interim, we do have bridge funding, which includes some developmental funding to allow us to do some development work to take us into that area.

Mrs. Clancy (Halifax): Can I just jump in on that one? When you talk about reaching self-sufficiency, are you talking about...?

I apologize for coming late. I thought the committee started at 9.30. I came in to hear you talk about your going to Italy to sign an agreement to exchange data bases. Is it done on a monetary basis now? Will it be done on a monetary basis in the future? In other words, will you be selling programs to other countries? Is that part of your self-sufficiency plan?

[Translation]

Je sais que nous avons certaines des meilleures bases de données au monde, mais en consultant les documents existants pour me préparer à ma comparaison, j'ai constaté avec stupéfaction qu'il existait très peu de recherches sur les effets du travail et le vieillissement. Vous pourriez donc recommander, entre autres, qu'on examine de plus près cet aspect.

Le problème tient en partie à la façon dont nous recueillons nos statistiques. J'ai demandé aux gens de mon équipe scientifique s'ils étaient en mesure de me dire quel était le pourcentage des accidents, des blessures et des décès parmi les travailleurs âgés. Comme j'ai travaillé récemment en Alberta, je connais mieux les statistiques de cette province que celles de l'Ontario ou les statistiques nationales. Je sais que les jeunes travailleurs ont plus d'accidents que les travailleurs âgés. En Alberta, 33 p. 100 de tous des décès et blessures concernent les 16-25 ans.

J'ignore combien de travailleurs âgés il y a et je ne sais pas non plus quels emplois ils occupent. Est-ce dû au fait que les jeunes occupent des emplois plus risqués que les personnes âgées? Si nous ne savons pas cela, c'est à cause de la façon dont nous recueillons nos statistiques—surtout auprès des commissions des accidents du travail—et dont nous les interprétons. Avant d'être en mesure de répondre concrètement à ces questions, qui sont extrêmement sérieuses, il nous faut faire davantage de recherche. Nous devons repenser la façon dont nous recueillons notre information et dont nous l'interprétons. D'ailleurs, les méthodes de collecte de renseignements statistiques diffèrent d'une province à l'autre, tout comme l'évaluation qui en est faite.

Mme Phinney (Hamilton Mountain): Une brève question. Votre centre a suscité beaucoup d'attention récemment, et il jouit d'une très bonne réputation. Par ailleurs, vos problèmes financiers sont aussi du domaine public. Pourriez-vous nous préciser quelle est votre situation à l'heure actuelle?

Mme Shaw: Volontiers. Nous venons tout juste d'élaborer un plan d'entreprise pour les cinq prochaines années, plan qui a été accepté par le Conseil du Trésor et par le ministre. D'ailleurs, ce dernier est venu au Centre le 8 mars et il a annoncé que le gouvernement nous fournirait pendant trois ans des crédits-relais afin de nous permettre d'atteindre l'autonomie financière.

Nous avons le mandat d'accéder à l'autonomie financière. Notre budget actuel s'élèvera à un peu plus de 10 millions de dollars par année d'ici 1993-1994. Nous tendons à l'autonomie. Dans l'intervalle, nous bénéficierons de crédits-relais, ce qui comprend des crédits de développement pour que nous puissions nous lancer dans ce secteur.

Mme Clancy (Halifax): Puis-je intervenir? Lorsque vous parlez d'atteindre l'autonomie financière, voulez-vous dire que...?

Je m'excuse d'être arrivée en retard, mais je pensais que la séance du comité commençait à 9h30. Lorsque je suis arrivée, vous disiez que vous étiez allée en Italie signer un accord en vue d'échanger des bases de données. En tirez-vous des revenus maintenant ou en tirerez-vous à l'avenir? Autrement dit, allez-vous vendre des programmes à d'autres pays? Est-ce que ce genre d'activité fait partie de votre plan en vue d'accéder à l'autonomie?

[Texte]

Ms Shaw: We will be selling back the technology. There is no dollars exchanged between either the United States, where we have an agreement, or Great Britain, France or Italy.

Mrs. Clancy: You are trading.

Ms Shaw: We trade it or we barter it.

Mrs. Clancy: In heading for self-sufficiency, would you be looking at marketings?

Ms Shaw: We will be marketing our CD-ROM, which is the data base. We have four different series that are updated three times a year. We currently sell them at \$150 per disc. That does not begin to recover the cost of the development and the building of those. It is very costly building data bases. It covers postage and handling and that is about all. Our plan is to increase those prices more internationally than nationally. We want to keep the prices as low as possible within Canada so that we do not put it beyond the reach of workplaces.

Mrs. Clancy: I guess what I am trying to get at is if you are going to be self-sufficient in three years, where is the—

Ms Shaw: For instance, the Italian government has agreed that they will market our disc in Italy for us. Italy, for example, has the highest number of CD-ROM disc players in the world. It is partly because countries that do not have the communications infrastructures we do are relying upon this kind of technology communication.

Mrs. Clancy: Surely there must be something else besides the marketing of discs.

Ms Shaw: Yes, there is. I would be happy to leave you a copy of our business strategy. I have a copy here.

Mrs. Clancy: Thank you very much.

Ms Shaw: You are welcome.

Mr. Wilbee (Delta): Welcome to the committee. An hour is not going to do justice to the material you have started to introduce to us. I am going to give you three questions and then you can combine them or talk about them as you wish.

First of all, what kind of information is available in your data base or data bank and how is it made available?

Secondly, in that bank, can you tell us about the relative health and longevity of people who are working longer? In other words, are there any data available to say people are going to live longer if they continue to work longer? Are they healthier than those who retire early?

Finally, what role should the federal government take in this whole picture? For a long time, the whole goal was to retire as early as possible. Should we indeed be encouraging people to stay in the work force longer, from a health point of view and in our particular study a cost point of view?

[Traduction]

Mme Shaw: Nous allons vendre la technologie. Il n'y a pas à proprement dit d'échange monétaire entre les États-Unis, pays avec lequel nous avons une entente, ou encore la Grande-Bretagne, la France ou l'Italie.

Mme Clancy: Vous faites des échanges.

Mme Shaw: Des échanges ou du troc.

Mme Clancy: Dans votre quête d'autonomie, envisageriez-vous la commercialisation de vos produits?

Mme Shaw: Nous allons commercialiser notre CD-ROM, qui est notre base de données. Nous avons quatre séries différentes qui sont mises à jour trois fois l'an. À l'heure actuelle, nous les vendons 150\$ le disque. Évidemment, c'est loin de suffire à couvrir les coûts d'élaboration et de constitution de ces banques. Il est très coûteux de constituer des banques de données. L'argent en question couvre les frais d'expédition et de manutention, et c'est tout. Notre intention est de hausser les prix davantage à l'étranger. En effet, nous voulons les garder le plus bas possible au Canada pour que les banques demeurent accessibles à nos entreprises.

Mme Clancy: Ce que je voudrais savoir, c'est comment vous allez vous y prendre pour accéder à l'autonomie financière d'ici trois ans. D'où va venir... .

Mme Shaw: Par exemple, le gouvernement italien a accepté de commercialiser notre disque pour nous. L'Italie vient au premier rang mondial pour le nombre de lecteurs de disques CD-ROM. Cela est dû en partie au fait que les pays qui ne sont pas dotés d'une infrastructure de communication comme la nôtre dépendent énormément de cette technologie.

Mme Clancy: Vous devez certainement compter sur autre chose que la vente de disques.

Mme Shaw: Oui. D'ailleurs, si cela vous intéresse, je pourrai vous laisser un exemplaire de notre stratégie d'entreprise.

Mme Clancy: Merci beaucoup.

Mme Shaw: Je vous en prie.

M. Wilbee (Delta): Bienvenue au comité. Une heure, ce n'est pas suffisant pour rendre justice à la richesse de votre exposé. Je vais vous poser trois questions et vous pourrez y répondre ensemble ou dans l'ordre que vous voulez.

Premièrement, quel genre d'information trouve-t-on dans votre banque de données et comment peut-on y avoir accès?

Deuxièmement, dans cette banque, avez-vous des renseignements sur la santé et la longévité relatives des gens qui travaillent plus longtemps? Autrement dit, y a-t-il des données qui établissent que l'espérance de vie s'accroît si l'on travaille plus longtemps? Les personnes qui travaillent plus longtemps sont-elles en meilleure santé que celles qui prennent une retraite précoce?

Enfin, quel rôle devrait jouer le gouvernement libéral dans toute cette affaire? Pendant longtemps, les gens ont aspiré à prendre leur retraite le plus tôt possible. Pour des motifs de santé et aussi de coûts, compte tenu de notre mandat particulier, devrions-nous inciter les gens à continuer à travailler plus longtemps?

[Text]

Ms Shaw: You have some good questions. I am not sure I am going to be able to answer all of them today for you, because, as I say, an hour is not long enough.

The kind of information we have comes in a variety of forms. We receive coroner information from jurisdictions across the country on fatalities. We have data bases on pretty well every known chemical that is used in the work place, which is sort of expanding into environmental issues, and we have contracts actually with Environment Canada and Health and Welfare Canada to mount their various data bases on consumer products and so on. So we are finding that the general community is becoming more aware of the centre and using the information.

We also gather research papers from around the world. We do not do any pure research ourselves. If we did, it would not be laboratory-type research, reading test tubes and that kind of thing, because there is a lot of research going on in the world. As you would find in this committee when you are trying to get your hands on things, where do you go for it all? We have tried to become sort of a national repository for research relative to the workplace. As I say, more and more that is taking us beyond what we traditionally think of the plant gate. The fences are coming down; the boxes are being removed from the workplace because of the impact on community health—i.e., what is happening in medicine with lead poisoning and families, and the environmental health of Canadians as a whole.

There is research from around the world available on our data bases, so you can access it in a number of ways. I would be very happy if the committee, at some time during the process of your work, wanted to come down to the centre and literally touch, feel, see, talk to scientists and so on. We would be happy to have you hold one of your meetings in our boardroom or something. So what we have done is gather information—research—analyse it and disseminate it, usually putting it in a form that is usable and understandable by the non-scientific community, remove some of the jargon and keep the meat of it there.

In terms of the longevity of the worker, early retirement versus continuing to work, I do not know, again, that there has been good research done on that. I would be happy to do a scan of the system and see what there is for you. I did not look at that particular area before I came here today. I would be happy to do that, but generally I am finding that there is a big gap in the research.

In terms of working longer, as I say, I think economically in the future we are not going to have much choice. I do not think the social net we have built, as good as it is in Canada—one of the best in the world—is going to be able to handle the future when we all start retiring. I think some of us are going to be forced into continuing to work longer, but our work may not be what we traditionally think of as work. It may not be a 9 a.m. to 5 p.m. job. It may take a variety of

[Translation]

Mme Shaw: Vous posez de bonnes questions, mais je ne suis pas certaine de pouvoir répondre à la totalité d'entre elles aujourd'hui. En effet, comme je l'ai dit tout à l'heure, une heure, ce n'est pas suffisant.

Le genre d'information dont nous disposons se présente sous plusieurs formes. Ainsi, nous recevons des renseignements de tous les bureaux des coroners du pays sur les décès. Nous avons aussi des bandes de données sur pratiquement tous les produits chimiques utilisés en milieu de travail, ce qui touche un peu au domaine de l'environnement. En outre, nous avons des contrats avec des fonctionnaires d'Environnement Canada et de Santé et Bien-être Canada pour constituer diverses bandes de données sur les produits de consommation. Par conséquent, nous constatons que nous sommes davantage connus du grand public et qu'on fait appel à nos services.

Nous rassemblons aussi des documents de recherche provenant du monde entier. Nous ne faisons pas de recherche pure nous mêmes, et si nous le faisons, ce ne serait pas une recherche axée sur les essais en laboratoire et leur interprétation, car, il y a déjà beaucoup de recherche qui s'effectue dans le monde. Comme le comité a dû s'en apercevoir lorsqu'il a commencé son étude, on se demande toujours où s'adresser pour obtenir de l'information. Nous avons essayé de devenir en quelque sorte un répertoire des documents de recherche portant sur le milieu de travail. Comme je l'ai dit, cela nous amène de plus en plus au-delà de l'usine traditionnelle. Les barrières tombent, et les cloisons disparaissent dans l'ensemble de l'industrie à cause des répercussions sur la santé communautaire. Qu'on songe seulement à l'empoisonnement des familles des travailleurs par le plomb et à l'impact de l'environnement sur la santé des Canadiens en général.

Nos bandes de données renferment des recherches provenant d'un peu partout dans le monde, auxquelles on peut avoir accès de diverses façons. Je serais très heureuse si les membres du comité, au cours de leurs travaux, acceptaient de venir au centre pour voir concrètement ce que nous faisons, pour s'entretenir avec les scientifiques, etc. Vous pourriez tenir l'une de vos séances dans la salle du conseil d'administration. Nous recueillons donc de l'information que nous analysons et diffusons. En général, nous présentons ces renseignements sous une forme vulgarisée facilement accessible à des non-scientifiques. Nous retirons donc certains termes techniques tout en conservant la substance.

Quant à savoir quels sont les effets sur la longévité des employés d'une retraite hâtive ou tardive, là encore, je ne pense pas qu'il y ait eu de la recherche sur ce point. J'interrogerai volontiers l'ordinateur pour voir si je peux trouver quelque chose pour vous. Je n'ai pas examiné ce domaine avant de venir ici aujourd'hui. Je le ferai volontiers, mais souvent je constate des lacunes graves dans la recherche.

Pour ce qui est de travailler plus longtemps, comme je l'ai dit tout à l'heure, je pense qu'à l'avenir nous y serons contraints pour des raisons économiques. Je ne pense pas que le Régime de sécurité sociale du Canada, même s'il est excellent—en fait, c'est l'un des meilleurs du monde—pourra répondre à nos attentes lorsque nous prendrons tous notre retraite. Je pense que certains d'entre nous seront obligés de continuer à travailler plus longtemps, mais ce

[Texte]

forms. As we are looking, we are seeing the workplace change insofar as flex hours are concerned and shift work and so on. That will continue to evolve. So I think what we think of as work will evolve as we go along.

What would I recommend to government on it? I would recommend, first of all, as I said previously, that in the process of your committee work, you take the time to look at work in its entirety. Take the time to look at the aging process, because it is one that seriously has to be looked at very carefully. Take the time to speak to as many people as you can about it and gather information. I know that is your job. I do not have a magic answer for you right now. I think I would like to think about what I would really recommend there.

Mr. Wilbee: Thank you.

Mr. Halliday (Oxford): It was an interesting presentation you had, Ms Shaw, and I appreciate you being here. I was interested in your reference to Rueben Nelson. He is one of the most interesting persons I have met here in Canada in terms of being stimulating and making you think a lot.

• 0950

You have echoed that caution that we should not let ourselves get boxed in. I am wondering to what extent you have avoided as an organization being boxed in to just the aging group. Are you looking at the problems related to disabled and handicapped people as they relate to work? The reason I ask that question is that in the United States they have recognized the fact that there are not going to be enough workers for their work force in the fairly immediate future. You might suggest they are going to have to use older people, which might well be true, but they are also planning how to make better use of disabled and handicapped people. I am wondering if that is a concern of your association. If so, what are you doing about the issue of reasonable accommodation?

Ms Shaw: I find this really exciting. There was a time when we had trouble getting women, handicapped and disabled people into the work force. Now for economic reasons we are deciding we are going to have to make use of them. I would like to applaud that, but not for the reasons some people are giving—not you yourself, but certainly others I am hearing speak about it.

I think it provides us with an enormous opportunity and I think we have to look at those opportunities. Clearly, I do not know if you have had the opportunity to speak with any industry people in the process of your work. I would suggest that you might do that as well. In my experience I am finding that enlightened industry in Canada—not here, but in other later communications I would be happy to give you what I think are the names of some enlightened workplaces in

[Traduction]

travail ne correspondra peut-être pas à l'idée traditionnelle qu'on s'en fait. Il se peut fort bien que nous n'occupions pas un emploi de 9 h à 5 h. Le travail peut prendre de multiples formes. À l'heure actuelle, nous voyons les conditions de travail changées avec les heures flexibles, la rotation par poste, etc. Cette évolution se poursuivra, et je pense que la notion de travail évoluera parallèlement.

Vous voulez savoir quelles recommandations je ferai au gouvernement? Premièrement, dans le cadre de vos travaux, je vous recommanderai de prendre le temps d'examiner le monde du travail dans son intégralité. Prenez aussi le temps d'étudier très soigneusement le processus de vieillissement, car cela s'impose. Prenez le temps de parler au plus grand nombre de personnes possibles et de recueillir des renseignements. Je sais que c'est votre mandat et je n'ai pas de solution miracle à vous proposer maintenant. Il faudrait vraiment que je réfléchisse aux recommandations que je serais susceptible de faire.

M. Wilbee: Merci.

M. Halliday (Oxford): Madame Shaw, votre exposé a été très intéressant, et je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de venir. J'ai été frappé par votre citation des propos de Rueben Nelson, qui est l'une des personnes les plus stimulantes que j'ai jamais rencontrées ici au Canada. Il suscite la réflexion.

Vous nous avez mis en garde contre le danger de nous laisser enfermer dans une catégorie. Je me demande dans quelle mesure, en tant qu'organisation, vous avez réussi à éviter de vous concentrer uniquement sur la population vieillissante. Vous penchez-vous aussi sur les problèmes des personnes invalides et handicapées en milieu de travail? Si je pose cette question, c'est qu'aux États-Unis, on vient de reconnaître qu'il y aura dans un avenir assez proche une pénurie de travailleurs. Vous allez sans doute dire que le gouvernement devra faire appel aux personnes âgées—c'est peut-être vrai—mais les Américains envisagent aussi de tirer un meilleur parti des compétences des personnes invalides et handicapées. Je voudrais savoir si cet aspect intéresse votre association. Dans l'affirmative, que proposez-vous pour favoriser leur adaptation au milieu de travail?

Mme Shaw: Je trouve cela extrêmement intéressant. À une certaine époque, les femmes et les personnes handicapées ou invalides avaient du mal à pénétrer le marché du travail. Maintenant, pour des raisons économiques, les pouvoirs publics décident de faire appel à leurs services. Je voudrais saluer ce revirement, mais pas pour les motifs évoqués par certains—pas vous, mais d'autres qui ont exprimé leur opinion à ce sujet.

Je pense que cela nous ouvre des possibilités considérables, qu'il convient d'étudier. Je ne sais pas si au cours de vos travaux, vous avez eu l'occasion de vous entretenir avec des gens d'affaires. Si vous ne l'avez pas fait, je vous y invite. J'ai découvert que dans certaines entreprises éclairées au Canada, on est à des années lumières de ce que nous envisageons ici. Je n'en parlerai pas aujourd'hui, mais dans un échange de correspondance ultérieure, je vous

[Text]

Canada—are miles ahead of what we are even talking about here. There are not many of them, but there are a few in Canada and internationally who are enlightened. They are not looking at adapting.

I have difficulty with the word “accommodating”, even though one of my scientists in writing a brief to you used the word about five times in the paper. I said to her yesterday: We do not accommodate people in the workplace. The workplace is designed because it is people who are doing the work. Again, “to accommodate” is “to box”, and I do not want us to do that because then we are always putting problems in the way.

I would not say much more than that about it, sir, except that I would be happy to provide some more information to you.

Mr. Halliday: But your association is concerned about single people—

Ms Shaw: Absolutely. We have lots of research material available in that area as well.

Mr. Halliday: Do you have any figures or information on the proportion of health costs that arise as a result of occupational illnesses or accidents—of the total health care costs?

Ms Shaw: I do not have those numbers with me. They are very profound. Workplace injuries and disease is something we have not quite gotten a handle on yet. We are only starting to see the results of cancers and other forms of disease, but workplace injuries and fatalities are the third leading cause of death in Canada. Canada, by the way, does not have the most enviable record in the world.

Mr. Halliday: Perhaps there are some other questions. I know our researchers have drafted some questions. If we sent them to you, perhaps you would give us some answers.

Ms Shaw: I would be more than happy to do that and to put you in touch with appropriate scientific people within the centre who could expand for you.

Mr. Halliday: The cover of your paper to us dated February 16 reads “Study on the Health Care System and its Funding: The Aging Population and its Impact on the Health Care System”. You have given us some interesting material here on the relationship of the aging population to health care. You have really not touched on funding.

I noticed that in your presentation when you were asked some questions about the funding of the centre, you were moving into a policy of user pay to some extent. What are your views on funding of the health care system, which is one of our main terms of reference?

Ms Shaw: God, you do like to ask big questions.

Mr. Halliday: I guess these are the questions that are the *raison d'être* of this committee's studies.

Ms Shaw: You are quite right, yes. I submitted a brief to... Alberta has just completed a study. The premier had a commission, the Premier's Commission on Future Health Care of Albertans. Ontario has just completed one, as has

[Translation]

fournirai volontiers les noms de certaines entreprises canadiennes qui sont à l'avant-garde dans ce domaine. Il n'y en a pas beaucoup dans le monde, mais il y en a une poignée au Canada et ailleurs. Ces entreprises n'en sont plus à s'adapter.

C'est un terme qui me fait un peu tiquer, même si l'une des scientifiques de mon équipe qui a rédigé un mémoire à votre intention l'a utilisé environ à cinq reprises. Hier je lui ai dit que nous n'adaptions pas les gens au milieu de travail. C'est le milieu de travail qui doit être conçu en fonction du personnel. Encore une fois, cela découle d'une mentalité trop étriquée. Je rejette une telle approche parce qu'elle est axée sur les problèmes.

Je n'ai rien d'autre à ajouter à ce sujet, sauf que je vous fournirai volontiers davantage d'information.

M. Halliday: Mais votre association se préoccupe du sort des célibataires. . .

Mme Shaw: Bien sûr. Nous avons aussi des documents de recherche volumineux dans ce domaine.

M. Halliday: Avez-vous des chiffres ou des renseignements sur le pourcentage du coût global des soins de santé liés aux accidents ou aux maladies du travail?

Mme Shaw: Je n'ai pas ces chiffres avec moi. Ils sont très éloquents. À l'heure actuelle, nous n'avons pas encore vraiment assimilé l'importance des blessures et des maladies liées au travail. On commence à peine à relever l'apparition de cancers et d'autres types de maladie. Or, les accidents et blessures survenus au travail viennent au troisième rang des causes de décès au Canada. Soit dit en passant, le Canada a à cet égard un bilan assez peu enviable.

M. Halliday: Il y a peut-être d'autres questions que nous pourrions vous poser. Je sais que nos chercheurs en ont rédigé quelques-unes. Si nous vous les envoyons, vous pourriez peut-être y répondre par écrit.

Mme Shaw: Avec plaisir. En outre, je vous mettrai en rapport avec les scientifiques du centre, qui pourraient donner de plus amples détails.

M. Halliday: Le titre du document que vous nous avez soumis, en date du 16 février, se lit ainsi: «Étude sur les services de santé et leur financement: Le vieillissement de la population et ses effets sur les services de santé». Vous nous avez soumis des documents intéressants sur la relation entre une population vieillissante et les soins de santé, mais vous n'avez pas vraiment abordé le côté financement.

Lorsqu'on vous a interrogée sur le financement du centre, vous nous avez expliqué que vous alliez appliquer dans une certaine mesure le principe du paiement par l'utilisateur. Quelle est votre opinion au sujet du financement du système de soins de santé, l'un des principaux aspects de notre étude?

Mme Shaw: Seigneur, vous aimez poser de grandes questions.

M. Halliday: Ces questions sont la raison d'être de l'étude du comité.

Mme Shaw: Vous avez tout à fait raison. J'ai présenté un mémoire à... En Alberta, on vient de terminer une étude que l'on a confiée à une commission créée par le premier ministre, la commission sur le futur régime de soins de santé

[Texte]

New Brunswick. There are all kinds of those briefs and documents floating around, which can certainly make the basis of some good discussion. A lot of work has been done by the provinces.

• 0955

Clearly, the current problem with the health care system, the cost to Canadians, is one we are all having to bear and it is becoming much tougher. I think, however, that we are not going to get to grips with this problem of the heavy costs of health care until we begin to put our focus on prevention and promotion more than what we have already. I think we need to be enhancing the level of awareness and knowledge of Canadians of what they can do to protect themselves.

The workplace is an absolutely perfect example of where we can begin to make some starts. Some enlightened companies and organizations are doing that because they are finding that having fit and healthy workers coming into the plant is going to make them at less risk within the process of doing a job. They are also finding that on an international scale, with the world opening up, freer trade and all that kind of thing, from a competitive situation we must have healthy workers in Canada. We have a lot of other things going against us, climate is one, and so on, so we must have healthier workers.

We really must be putting more of our focus on education and promotion. That is not going to help us in the short term. It is going to increase the costs in the short term, but I do not think we have any choice. I think it will certainly pay off down the road. There are examples starting to come forth already with Canada Fitness Week, and the whole Participation thing is one of the models I use as an example of the kind of thing we need to be doing more of.

The whole anti-smoking—the changes in societal thinking and acceptance—we have to change what we view as the norm in Canada. We have to set a whole new value system in place. That is going to require a lot of work and it is going to require some money.

Regarding solutions to the immediate concerns and costs in health care, I do not have any. I do not think anybody does. I scanned all these documents from province to province, and no one has the answer. People are trying to hit on it a bit, but I do not think there is one. I think we have to be prepared as Canadians, if we want to have a national health care system and the kinds of problems we have, we must be prepared to pay for it.

Ms Greene (Don Valley North): Your presentation has certainly been very interesting, but I would have thought that in representing a group like the Canadian Centre for Occupational Health and Safety you would have had some comments about the impact of better occupational health and safety practices on the health care system.

It seems to me that what we are doing here is we are trying to make recommendations that will have a direct impact on the health care system in producing better health care for the total population, and possibly preventive measures that might reduce health care costs. I wonder if you could comment on that area.

[Traduction]

des Albertains. L'Ontario vient de faire la même chose, de même que le Nouveau-Brunswick. Il y a donc des tas de mémoires et de documents disponibles, qui pourraient certainement servir de point de départ à une discussion intéressante. Les autorités provinciales ont déjà abattu beaucoup de besogne.

Il va s'en dire que nous devons tous supporter le fardeau des coûts du système de soins de santé au Canada et que ce fardeau va s'alourdir. Cependant, nous ne réussirons pas à régler le problème du coût considérable des soins de santé tant que nous n'aurons pas commencé à nous attacher davantage à la prévention et à la promotion de la santé. Il nous faut sensibiliser et informer davantage les Canadiens sur les mesures à prendre pour se protéger.

Le lieu de travail est un endroit idéal pour commencer. Certaines entreprises et sociétés éclairées prennent déjà des mesures parce qu'elles s'aperçoivent que des employés en bonne santé courent moins de risques dans l'exécution de leur travail. En outre, sur la scène internationale, dans un monde de plus en plus ouvert, avec la libéralisation des échanges et la suppression des barrières douanières, le Canada doit pouvoir compter sur des effectifs en bonne santé pour soutenir la concurrence. Il y a divers facteurs qui jouent contre nous, notamment le climat, d'où la nécessité d'avoir une population active en bonne santé.

En fait, il faut consacrer davantage d'efforts à l'éducation et à la promotion de la santé. Malheureusement, à court terme, cela aura pour effet d'accroître les coûts, mais j'estime que nous n'avons pas le choix. Évidemment, ce sera rentable à long terme. On commence à voir certaines initiatives comme la semaine Canada en forme et la campagne de Participation, qui est d'ailleurs un exemple que j'utilise pour illustrer le genre d'initiative que nous pourrions multiplier.

Il y a aussi la lutte contre le tabagisme. À ce sujet, il nous faut changer les mentalités et ce que nous considérons être la norme au Canada. Il nous faut établir un nouveau système de valeurs. Cela exigera non seulement beaucoup d'efforts, mais aussi de l'argent.

Pour ce qui est des solutions aux préoccupations immédiates que suscite la hausse des coûts des soins de santé, je n'en ai pas. D'ailleurs, je pense que personne n'en a. J'ai passé en revue tous les documents provenant de chaque province, et personne n'a de solution. On tente bien d'appliquer certains palliatifs, mais personne ne s'attaque au fond du problème. En tant que Canadiens, si nous voulons avoir un régime de santé national, il nous faut accepter de payer pour.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Votre exposé a été très intéressant, mais j'aurais cru qu'en tant que représentante d'un groupe comme le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, vous auriez fait certains commentaires sur les répercussions qu'ont de meilleures pratiques d'hygiène et de sécurité au travail sur le système de soins de santé.

Nous tentons pour notre part de faire des recommandations qui influenceront directement sur le système des soins de santé. Nous voulons améliorer les soins de santé offerts à la population et dans la mesure du possible, préconiser des mesures de prévention susceptibles d'en réduire les coûts. Pourriez-vous aborder cet aspect.

[Text]

Ms Shaw: I can provide you, again, with all kinds of information relative to that, but one of the things that is difficult to do and people are always asking for it—industry asks for it, governments ask for it—is to try to bottom-line it. I do not know how you do that. Somebody—

Ms Greene: Did you not say that we have a worse record than other countries?

Ms Shaw: Oh yes, sure. I can provide you with some of those kinds of comparisons, but to tell you that it is better because we have those programs—you have to believe that more than be able to show it in dollars and cents. Good companies—I can quote for you a—

Ms Greene: I can remember on the municipal council our personnel department bringing in data about the costs to the city of workmen's compensation and so on—

Ms Shaw: Right, but that does not tell you—

Ms Greene: —and how we should do this and this in order to reduce those costs.

Ms Shaw: Right. But that does not necessarily mean that you are reducing your health care costs because people may be going to other types of practitioners in order to maintain their health. Or they may be doing other things that are costing money. That does not mean that they are going to have long-term stays in hospital and so on. Their terms may be shorter, but you have no way of showing that, just because they are fitter—no question about it.

• 1000

I can give you an example. You can go to the city of North Bay and talk to Mayor Stan Lawlor, who is responsible for the development of a community-based program, which is the kind of approach that probably reflects the future we need to be looking at. Stan developed this program because of the high WCB rates North Bay was paying. They were at the point of being triple-assessed by the Ontario Workers Compensation Board, and that involves a lot of money for a small city.

So the mayor put a program into place that is probably a model and an example of a good community-based program that I would and can use, and do use all the time. Three years later, North Bay received international awards as the healthiest and safest city in Canada. They completely turned the situation around and it is an example of the kind of approach that needs to be taken in Canada. There is no question of the value of good prevention programs in the workplace.

Ms Greene: Is your centre doing research on that matter?

Ms Shaw: No, we are not. We are gathering research, but—

Ms Greene: I meant gathering research, so that you can inform all the decision-makers of the good suggestions and so on.

[Translation]

Mme Shaw: Encore une fois, je peux vous fournir toutes sortes de renseignements là-dessus, mais ce qui est difficile à faire, c'est de chiffrer nos recommandations. D'ailleurs, c'est ce que tout le monde réclame, le monde des affaires comme les gouvernements. Je ne sais pas comment chiffrer cela. Quelqu'un. . .

Mme Greene: N'avez-vous pas dit que nos réalisations étaient peu enviables par rapport à celles d'autres pays?

Mme Shaw: Oui, c'est certain. Je peux vous fournir des comparaisons de ce genre, mais il est difficile de prouver, en termes de dollars, que l'application de ce genre de programme améliorera la situation. Autrement dit, il faut plutôt avoir la foi. Les entreprises qui font de l'excellent travail—et je peux vous citer. . .

Mme Greene: Je me souviens qu'à l'échelon municipal, le service du personnel fournissait au conseil des données sur ce que coûtaient à la municipalité les prestations versées à la suite des accidents de travail et ainsi de suite.

Mme Shaw: Oui, mais cela ne vous dit pas. . .

Mme Greene: . . . on nous disait aussi comment nous y prendre pour réduire ces coûts.

Mme Shaw: D'accord. Mais on ne saurait conclure que les coûts de santé se trouvent réduits parce que les gens consultent d'autres types de praticiens pour se garder en bonne santé. Il se peut aussi qu'ils appliquent d'autres méthodes, qui coûtent de l'argent. Cela ne signifie pas qu'ils vont faire de long séjours à l'hôpital. Leurs séjours peuvent être plus courts, mais on n'a aucun moyen de prouver que c'est parce qu'ils sont en meilleure forme, même si cela ne fait aucun doute.

Je peux vous donner un exemple. Je vous invite à vous rendre à North Bay pour vous entretenir avec le maire, Stan Lawlor, qui a mis sur pied un programme communautaire, dont nous devons sans doute adopter l'esprit à l'avenir. M. Lawlor a créé ce programme à cause des tarifs élevés que sa municipalité payait à la Commission des accidents du travail de l'Ontario. North Bay en était arrivé à verser une triple contribution à la Commission, ce qui représente beaucoup d'argent pour une petite ville.

Le maire a donc créé ce programme communautaire, qui constitue un modèle. C'est le genre de mesure dont je recommanderais l'application partout en tout temps. Trois ans plus tard, North Bay a reçu une distinction internationale à titre de ville la plus saine et la plus sûre au Canada. Les autorités ont donc réussi à renverser complètement la situation. Voilà le genre de démarche qu'il convient d'adopter à l'échelle du Canada. On ne saurait contester la valeur des programmes de prévention sur les lieux de travail.

Mme Greene: Votre centre fait-il des recherches à ce sujet?

Mme Shaw: Non. Nous rassemblons des documents de recherche, mais. . .

Mme Greene: C'est ce que je voulais dire. De cette façon, vous pourriez communiquer avec tous les décideurs les suggestions intéressantes qui s'y trouvent.

[Texte]

Ms Shaw: If I had half a day I could give you many examples.

Mr. Halliday: I gather you are trying to measure the impact of the kinds of information services the center supplies to management and to work forces.

Ms Shaw: Yes, that is right.

Mr. Halliday: Could you supply us with the results of those measurements? If you have a more concrete idea of what results are being achieved. You mentioned North Bay, which sounds very interesting. We were not aware of that program. Can you give us some idea of the number of accidents or dollars that are being saved because of the work being done in a preventive way?

Ms Shaw: We can certainly try to do that for you if you would add that to your list of items you would like me to search for.

Mr. Halliday: Dr. Dorothy Lay is interested in the older people in Canada from a medical or health point of view. Does she work with your center?

Ms Shaw: She perhaps works with our some of our scientific people, but I have not worked with her myself.

The Chairman: Thank you very much Ms Shaw. We appreciate your appearance before the committee today.

It is evident to those of us who come from different parts of Canada that there are specific areas of concern, aside from overall health and protection for workers in your own province and in mine, for example. The dismal record in the energy sector, for example, received a lot of media attention over the last several years and I think attempts have been to rectify some of the problems. I am sure those of you who are involved with mining or lumbering or with working in plants that have hazardous materials have all—

Ms Shaw: Not to forget buildings such as this one.

The Chairman: That is right. So it has certainly brought to our attention, as Members of Parliament, the concerns people have in these related areas.

I would appreciate if you would provide the information that has been requested and any additional information you might feel is useful to this committee as it completes its hearings and as we prepare our report.

I extend sincere thanks on behalf of the committee for appearing before us this morning.

Ms Shaw: I appreciate it. I would ask the research staff to direct the list of questions to me, if you have one, then I would obtain the responses for you. Thank you very much.

• 1005

The Chairman: I could perhaps comment, Doctor Wilbee, that at times past we used to have members sitting around tables like this with cigarettes. We would have the smokers on one side and the non-smokers on the other. We have improved, I guess, that much over the last number of years.

[Traduction]

Mme Shaw: Si j'avais une demi-journée, je pourrais vous donner de nombreux exemples.

M. Halliday: Je suppose que vous essayez d'évaluer les répercussions des services d'information que le centre offre à la haute direction et au personnel des entreprises.

Mme Shaw: Oui, bien sûr.

M. Halliday: Pourriez-vous nous fournir les résultats de ces évaluations? Vous avez sans doute une meilleure idée des résultats obtenus. Le cas de North Bay, que vous venez de mentionner, m'apparaît très intéressant. Nous n'étions pas au courant de l'existence de ce programme. Pourriez-vous nous donner une idée du nombre des accidents qui ont été évités ou des économies réalisées grâce à la prévention en milieu de travail?

Mme Shaw: Nous pouvons certainement essayer de faire cela pour vous. Je vais ajouter cette question à la liste des sujets que vous souhaitez que j'examine.

M. Halliday: Le Dr Dorothy Lay s'intéresse aux personnes âgées au Canada du point de vue médical. Travaille-t-elle à votre centre?

Mme Shaw: Elle fait peut-être partie de notre équipe scientifique, mais je n'ai pas moi-même travaillé avec elle.

Le président: Merci beaucoup, madame Shaw. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir comparu devant le comité aujourd'hui.

Il est évident pour ceux d'entre nous qui viennent des diverses parties du pays qu'il existe des domaines de préoccupation précis, outre la santé et la protection générale des travailleurs. Ainsi, notre bilan lamentable dans le secteur énergétique a été dénoncé dans les médias au cours des dernières années, et je pense que les autorités ont fait des efforts pour remédier à certains problèmes. Je suis sûr que ceux d'entre vous qui connaissent les conditions de travail dans les mines, les scieries ou les usines, où l'on utilise des substances dangereuses ont tous. . .

Mme Shaw: Sans oublier des immeubles comme celui-ci.

Le président: Vous avez raison. En tant que députés, nous sommes assurément sensibles aux préoccupations des gens dans ces domaines.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir nous fournir les renseignements demandés et toute autre information que vous jugerez bon de communiquer au comité. Pour notre part, nous allons terminer nos audiences et nous attaquer à la rédaction de notre rapport.

Au nom du comité, je vous remercie sincèrement d'être venue ce matin.

Mme Shaw: Ce fut un plaisir pour moi. Je demanderai aux chercheurs de m'envoyer la liste des questions pour que je puisse y répondre.

Le président: Si vous me permettez une petite observation, Monsieur Wilbee, par le passé nous avions des députés qui fumaient autour de la table. Nous avions les fumeurs d'un côté, et les non-fumeurs de l'autre. C'est donc une amélioration par rapport aux années passées.

[Text]

On behalf of the committee I would like to welcome the Canadian Dietetic Association: Shirley Power, the President; Bretta Maloff, Director, Nutrition Division, Calgary Health Services; and Marsha Sharp, the Executive Director. We thank you all for appearing before the committee today. We look forward to your testimony. We have the next hour to hear your evidence and have questions from the members of the standing committee.

Ms Shirley Power (President, Canadian Dietetic Association): Good morning, and thank you for that kind introduction.

The Canadian Dietetic Association represents more than 4,400 dietician nutritionists working in a wide variety of sectors: health care institutions, public health agencies, medical clinics, health centres, government, food and pharmaceutical industries, agricultural, school boards, academic environments, private practice and health associations.

The practice of dietetics encompasses three specialization areas: food service administration, clinical nutrition and community nutrition. Dieticians—health care professionals who are specialists in food, nutrition, and nutritional health—are supported in their practice by the Canadian Dietetic Association.

CDA's mission is to promote and support quality dietetic practice toward optimal nutritional well-being of Canadians. We believe food and nutrition security—defined as access by all people at all times to enough quality food and other specialized nutritional support to achieve one's potential for an active and healthy life—is a basic prerequisite to health, and must be a goal of the Canadian health care system.

We know malnutrition exists and is a significant problem for many Canadians. Health care issues are too complex to be answered by one health discipline. As a committed member of the health care team, it is the dietician-nutritionist who can best describe appropriate diets, understand the health significance of inadequate diets, understand the psychological role of food, describe diets for the healthy, for those with a broad range of special needs, and for different life cycle stages, cultural requirements and disease states. We educate regarding nutrition and diet, and recommend policy, standards, and services to insure an optimal food environment for individuals and groups.

Now that you have a sense of our role in health care and society today, I would like to highlight some portions of our brief and take an opportunity, with my colleagues, to elaborate on some of the points made in the document.

[Translation]

Au nom du comité, j'aimerais souhaiter la bienvenue à l'Association canadienne des diététistes: Shirley Power, présidente; Bretta Maloff, directrice, secteur alimentation, Calgary Health Services; et Marsha Sharp, directrice administrative. Nous vous remercions de votre présence ici aujourd'hui. Nous sommes très impatients d'entendre votre témoignage. Nous vous avons réservé une heure pour que vous présentiez votre exposé et répondiez aux membres du comité permanent.

Mme Shirley Power (présidente, Association canadienne des diététistes): Bonjour, et merci de cette excellente introduction.

L'Association canadienne des diététistes représente plus de 4,400 diététiciens-nutritionnistes qui travaillent dans de nombreux secteurs: établissements de soins de santé, organismes de santé publique, cliniques médicales et centres de santé, gouvernements, industrie alimentaire et pharmaceutique, agriculture, commissions scolaires et milieu universitaire, pratique privée et associations de santé.

En pratique, la diététique englobe trois domaines de spécialisation, soit l'administration des services alimentaires, la nutrition clinique et la nutrition communautaire. Les diététiciens sont des professionnels de la santé spécialistes de l'alimentation, de la nutrition et de la santé nutritionnelle. L'Association canadienne des diététistes appuie leur travail.

La mission de l'Association canadienne des diététistes est de promouvoir et d'appuyer des pratiques diététiques de santé visant le bien-être nutritionnel optimal des Canadiens. Nous croyons que la sécurité alimentaire et nutritionnelle est une condition préalable fondamentale à la santé et que la sécurité alimentaire et nutritionnelle, définie comme l'accès par tout le monde en tout temps à une quantité suffisante d'aliments de qualité et aux autres soutiens nutritionnels spécialisés pour atteindre son potentiel de vie active et en santé, est une condition essentielle à la bonne santé et doit être un objectif du système canadien des soins de santé.

Nous savons que la malnutrition existe et que c'est un problème important pour de nombreux Canadiens. Les questions relatives aux soins de santé sont trop complexes pour qu'une seule discipline de santé, puisse y répondre. Membres de l'équipe des soins de santé, les diététiciens-nutritionnistes sont les professionnels de la santé qui sont le mieux en mesure de décrire les régimes appropriés, de comprendre l'importance de régimes inadéquats pour la santé, de comprendre le rôle psychologique de l'alimentation, de décrire des régimes pour les personnes en bonne santé et pour celles qui présentent une vaste gamme de besoins spéciaux, en fonction des différentes étapes de la vie, des diverses exigences culturelles ou de certains états malades. Nous faisons de l'éducation concernant la nutrition et les régimes alimentaires, et nous proposons des politiques, des normes et des services visant à assurer un environnement alimentaire optimal pour les personnes et les groupes.

Maintenant que vous avez une idée du rôle que nous jouons dans le régime des soins de santé et dans notre société aujourd'hui, j'aimerais avec mes collègues aborder un peu plus en profondeur certains points soulevés dans notre mémoire.

[Texte]

For your reference, we have addressed three question areas. They are the aging population and its impact on health care, accessibility of health care services, and health care human resources—supply, utilization, and distribution, as outlined in the text of the brief. As nutritional health deteriorates, so does total health. Conversely, disease and dependence progress.

• 1010

Current financing methods are not seen to encourage less costly alternatives to institutional care for the frail elderly and the chronically ill. It is acknowledged that sporadic, non-institutional services exist but that these alternatives are not widely, equally, or universally available. Many communities have no means to assist the frail elderly or the chronically ill or to meet the simple or sophisticated challenges they face daily. In our view, the community health service system is not complete.

Activities of daily living we take for granted require high cognitive judgment and physical abilities, such as shopping for food and preparing meals. As ability declines, dependence stresses available community services. For example, no community service provides three meals a day, seven days a week.

Those with multiple nutritional problems such as the elderly diabetic with a visual impairment and chewing problems places an even greater demand on today's community services. None of these are major medical problems, but they do result in people being admitted to hospitals.

This institutionalization is not necessary. It is costly and it is preventable. When people are discharged from institutions back to the communities, continuity of nutritional support is essential. Without a full range of services, these people will regress to the point where they require re-admission.

On the question of planning future health services, we would like to make four points: that nutrition is seen as a significant problem for the elderly; that the elderly must be involved in planning the services they need to support their independence; that a range of options must be available if continuity of care and support is to succeed in avoiding institutionalization of the elderly; and that community and hospital based services are important to achieving food and nutrition security, and therefore health.

The planning of health care services for the elderly will require, we believe, consideration of the following: expected levels of disability of the elderly in the community; monitoring of their nutritional status; the services required to support general and therapeutic nutritional requirements; and utilization studies.

[Traduction]

Nous nous sommes penchés sur trois principales questions. La population vieillissante et son incidence sur le système des soins de santé, l'accessibilité à divers types de services de soins de santé, et les ressources humaines en soins de santé: réserves, utilisation, répartition, comme vous pouvez le voir dans notre mémoire. L'absence d'une nutrition saine a des répercussions sur toute la santé et entraîne un progrès de la maladie et de la dépendance.

Les modes de financement actuel ne semblent pas favoriser des solutions moins coûteuses que les soins en institution pour les personnes âgées fragiles et les malades chroniques. Il existe des services sporadiques qui appuient la sécurité alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées et des malades chroniques fragiles, mais malheureusement, ces solutions de rechange aux soins en institution ne sont pas largement, également et universellement disponibles. Dans de nombreuses collectivités, il n'existe aucun programme pour relever les défis nutritionnels majeurs que rencontrent les personnes âgées fragiles et les malades chroniques. À notre avis, le système des services de santé communautaire n'est pas complet.

Les activités de la vie quotidienne que nous tenons pour acquies, telles que la capacité de faire ses courses et de préparer ses repas, demande un degré élevé de connaissances, de jugement et de capacités physiques. À mesure que ses connaissances déclinent, la dépendance des services communautaires augmente et dépasse de loin la capacité des services d'aujourd'hui. Par exemple, aucun service communautaire ne sert trois repas par jour sept jours par semaine.

Ceux qui ont des problèmes nutritionnels multiples, par exemple une personne âgée diabétique dont la vue est également affaiblie et qui a des problèmes de mastication exige encore davantage des services communautaires d'aujourd'hui. Aucun de ces problèmes n'est un problème médical majeur, mais finalement la personne se retrouve hospitalisée.

L'institutionnalisation dans un tel cas n'est pas nécessaire. Elle est coûteuse et elle peut être évitée. Lorsque des personnes retournent dans la collectivité après un séjour à l'hôpital, il est essentiel de maintenir le soutien nutritionnel dans la collectivité, sinon elles régresseront au point de devoir retourner à l'hôpital.

À la question de savoir comment nous pouvons planifier les services futurs de soins de santé, nous aimerions faire quatre observations: la malnutrition est actuellement considérée comme un problème important pour les personnes âgées; les personnes âgées doivent participer à la planification des services dont elles ont besoin pour soutenir leur autonomie; une gamme de solutions est nécessaire pour que la continuité de soins et d'appui réussisse à éviter l'institutionnalisation des personnes âgées; et les services communautaires et institutionnels sont importants pour assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle, et par conséquent la santé.

La planification des services de soins de santé à l'intention des personnes âgées demande qu'on examine les facteurs suivants: les niveaux attendus d'incapacité des personnes âgées dans la collectivité, la surveillance de l'état nutritionnel, les services requis pour répondre aux besoins nutritionnels généraux et thérapeutiques, et les études d'utilisation.

[Text]

Points of entry to the health care system in the community setting should be expanded to allow for the emergence of a health promotion and disability prevention system. Clients who have access to food problems should receive health assessment to identify which services they require. Such a system should identify clients, whether they present in a social services or in a health care setting.

On the second question, specifically addressing adequate levels of service in remote and rural areas, increased community access to nutrition services would fill the gap in the care/support continuum. These services are currently guaranteed and ensured within institutions, yet are only available on limited basis in the community. The qualified practitioner to provide these services is the dietician. Universal accessibility to dietitians should be included among the ensured services provided by community health and social service agencies that deal with food and nutrition security.

As we stated earlier, access to nutrition services in urban areas is a problem. In rural and remote areas, these services are limited to non-existent. In these areas, community leaders must develop incentives to attract health professionals.

Bursaries and financial assistance can help develop the skills of those from within the community, as would training programs located in the areas of need. There are no dietetic internships in rural and remote areas.

In northern and rural regions, regional community based internship programs need to be developed to attract and retain residents from these northern communities. Job enrichment and encouraging health care professionals to actively participate in community policy and planning development are some strategies that we believe can assist in attracting those from outside these communities.

Current trends toward regionalization and decentralization should expand to provide a better mix of services in rural and remote areas. We see a role for federal and provincial governments in supporting cost-effective evaluation to identify those programs that can be transferred effectively.

The impact of poverty on health is well documented. The Canadian Dietetic Association has undertaken a study of the nutritional impact of hunger in Canada. We would be pleased to show you this report with the standing committee once it becomes available.

Accessibility barriers associated with poverty must be identified and overcome. For example, the location of services near those in need is of limited value if transportation or child care on the site is not available. The working poor can

[Translation]

Les points d'entrée dans le système des soins de santé devraient être élargis pour permettre la naissance d'un système de promotion de la santé ou de prévention de la maladie et de l'invalidité. Les clients qui ont un problème d'alimentation devraient subir une évaluation appropriée de la santé visant à déterminer les services dont ils ont besoin. Un tel système devrait permettre de déterminer les clients, par l'intermédiaire des services sociaux ou d'un établissement de soins de santé.

Quant à la question de savoir comment nous pouvons assurer des niveaux adéquats de services de santé pour les personnes vivant dans les régions rurales éloignées, nous pensons qu'une plus grande accessibilité aux services nutritionnels est la réponse. De tels services existent actuellement dans les établissements de soins de santé, mais leur accessibilité est limitée. Le professionnel de la santé qui peut offrir ces services est le diététicien. L'accessibilité universelle au diététicien devrait faire partie des services assurés par les organismes communautaires de services sociaux et de santé qui s'occupent de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Comme nous l'avons déjà dit, l'accessibilité aux services nutritionnels est un problème dans les régions urbaines. Dans les régions rurales et éloignées, ces services sont limités, voire même non existants. Dans ces collectivités, les dirigeants doivent trouver des mesures incitatives pour attirer du personnel.

Des programmes de bourses et une aide financière à des programmes de formation pourraient aider les membres des collectivités locales à atteindre le niveau d'éducation nécessaire. Il n'existe pas d'internat en diététique dans les régions rurales éloignées.

Des programmes d'internat communautaires dans les régions rurales et dans le Nord doivent être élaborés pour attirer et retenir les résidents de ces collectivités du Nord. Les programmes d'amélioration de l'emploi et la possibilité pour les professionnels de la santé de participer activement à l'élaboration et à la planification des politiques communautaires sont des stratégies qui peuvent à notre avis contribuer à attirer les professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées.

Les tendances à la régionalisation et à la décentralisation que l'on observe actuellement devraient se poursuivre jusqu'à ce qu'on puisse offrir un éventail plus vaste de services dans les régions rurales et éloignées. Le gouvernement fédéral et les provinces devraient appuyer l'évaluation de la rentabilité des différentes solutions pour déterminer les programmes qui peuvent être transférés.

L'incidence de la pauvreté sur la santé a fait l'objet de nombreuses études. L'Association canadienne des diététistes effectue actuellement une étude sur les répercussions que la faim peut avoir sur la nutrition au Canada. Nous serons heureux de faire parvenir ce rapport au comité permanent dès qu'il sera prêt.

Les obstacles à l'accessibilité qui sont associés à la pauvreté doivent être circonscrits et surmontés. Ainsi, à quoi bon offrir des services aux personnes qui en ont besoin si celles-ci n'ont aucun moyen de transport et si aucun service

[Texte]

ill afford to take leave without pay in order to obtain needed services. Government-supported incentives for workplace health and food programs would benefit both the employer and the employee. In addition, hours of operation by those providing the services and programs should reflect consideration for the employment needs of those they serve.

Minimizing inequities will require a strong community development approach. The integration of health and social policies will further strengthen health and social services. We believe in a planned community response system, as opposed to a charity-based system, to deal with hunger and nutritional inadequacies. As with the elderly and the chronically ill, we believe program recipients and community leaders should be involved in the planning and the development of ethnoculturally acceptable programs and services.

Since the submission of this brief, the nutrition recommendations for Canadians have been released by Health and Welfare Canada. We applaud the federal government's leadership. We believe the health services for children and youth must stem from these national health goals. Health promotion opportunities are clearly outlined in the reports and include food and nutrition policy development for schools and day care, school health education, and surveillance programs. The needs of at-risk youth must be accommodated by allowing direct access to integrated health and social programs in a youth-friendly environment, such as drop-in centres and youth shelters.

The social health safety net for the disadvantaged is seen as very important and should be coupled with health education programs. The approaches to health promotion and disease prevention for the disadvantaged will need to be different. Evaluation of the approaches to be used is badly needed.

To your question on whether community health and social service centres can link curative, health, and health promotion in social programs, our answer is yes. Community services can provide an effective link for curative, promotion, and prevention programs and services, but there are other vehicles to meet these objectives: for example, outreach programs and extramural hospitals.

Medical and institutional services must also be linked if they are to provide effective support. Linkages between federal and provincial governments are equally critical.

[Traduction]

de garde ne leur est offert sur place. Les travailleurs démunis n'ont pas les moyens de prendre un congé sans solde pour obtenir les services dont ils ont besoin. Le gouvernement pourrait offrir des encouragements pour des services alimentaires et des programmes de santé sur les lieux de travail, l'employeur et l'employé y trouveraient l'un et l'autre leur avantage. En outre, les heures d'ouverture des organismes offrant ces services et ces programmes devraient être établies en fonction des besoins de ceux à qui ils sont destinés.

Si l'on veut réellement réduire le nombre des inégalités, il faudra appuyer la mise au point d'une intervention communautaire importante. L'intégration d'une politique de la santé et d'une politique sociale appropriée permettra d'améliorer encore davantage les services offerts dans ces deux domaines. Nous préférons compter sur la communauté plutôt que sur les organismes de charité pour régler les problèmes liés à la faim et à une mauvaise alimentation. En ce qui concerne les personnes âgées et les malades chroniques, nous croyons que les bénéficiaires de programmes et les dirigeants communautaires devraient participer à la planification et à l'élaboration de programmes et de services acceptables pour les différentes communautés ethno-culturelles.

Depuis la présentation de notre mémoire, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a rendu publiques certaines recommandations au sujet de l'alimentation des Canadiens. Nous félicitons le gouvernement d'avoir pris l'initiative. Les objectifs nationaux qui ont été fixés en matière de santé devraient se traduire par des services destinés aux enfants et aux jeunes. Les rapports précisent clairement leur mission dans le domaine de la promotion de la santé et proposent notamment l'élaboration de politiques en matière d'alimentation et de nutrition pour les écoles et les garderies ainsi que des programmes scolaires d'éducation en matière de santé et des programmes de surveillance. Il faut répondre aux besoins des jeunes à risque en leur permettant d'avoir directement accès aux programmes disponibles, et ce, dans des endroits où ils se sentiront à l'aise, comme les cliniques de visite impromptue et les foyers pour jeunes.

Puisque la sécurité sociale et la sécurité de la santé des personnes défavorisées jouent un rôle très important, elles devraient s'accompagner de programmes d'éducation en matière de santé. La promotion de la santé et la prévention de la maladie devraient être abordées sous un angle différent pour les personnes défavorisées. Il faut de toute urgence évaluer les méthodes à utiliser.

Les centres de santé communautaire et les centres de services sociaux peuvent-ils servir à relier les programmes de services de santé, de promotion de la santé et des services sociaux? Oui. Les services communautaires peuvent assurer le lien nécessaire pour coordonner les programmes et les services de santé, de promotion de la santé et de prévention. Il existe toutefois d'autres façons d'atteindre ces objectifs dans les programmes d'extension et les hôpitaux extra-muraux.

Pour être efficaces, les services médicaux et institutionnels doivent également être liés. Les liens entre le gouvernement fédéral et les provinces revêtent une importance tout aussi grande.

[Text]

To move on to the question about health care human resources, dietitians are the health care professionals who have acquired a broad base of knowledge in health sciences and social sciences, pertaining to food, nutrition, and health for individuals, communities, and populations in health, disease, and emergency situations. To deal with the complex nutrition issues that impact on health, communities must involve the professional dietitian in health policy planning and delivery teams.

Provincial government reimbursement schedules, private insurance schemes, and federal tax laws support the provision of nutrition services outside hospitals by a variety of disciplines, but not dietitians. This is inconsistent with provincial legislation as well as national and provincial health care and service standards, which recognize the dietitian as the nutritional health professional.

Some examples of significant gaps in accessibility to dietitian services are outlined in our brief. Long waiting periods to obtain services, absence of nutrition education for those who care for others, and a lack of direct nutrition services in many communities are some examples of the extent of the gaps. To fill these gaps, entrepreneurs with no professional qualifications, or health professionals with limited knowledge and formal education in nutrition provide needed services. Although these alternative services increase accessibility, the quality and cost effectiveness of some of these services is questionable.

Discussion on the allocation of health care resources stresses individual responsibility for one's own health, as well as decentralized decision making regarding services. The benefits are seen as many, but certainly the interest in improving cost effectiveness of the health care system is central. For communities to assume this responsibility, they need people with knowledge and skills to create a supportive environment to achieve and maintain health.

The private sector recognizes consumer interest in health, and there is an increasing amount of health claims, advertising, misinformation and health fraud in the marketplace. Nutrition claims comprise a major part of this information. The health care system will be challenged to ensure that reliable accurate information is heard by consumers. Debunking this food and nutrition misinformation, guiding lay leaders in health and nutrition care, policy planning and implementation of community based nutrition services requires the expertise of dietitian nutritionists.

[Translation]

Je passe maintenant à la question sur les ressources humaines. Les diététiciens sont des professionnels de la santé qui ont acquis une vaste connaissance en sciences de la santé et en sciences sociales dans le domaine de l'alimentation, de la nutrition et de la santé des personnes, des collectivités et des populations dans des situations de santé, de maladie et d'urgence. Pour résoudre les problèmes nutritionnels complexes qui ont une incidence sur la santé, les collectivités doivent demander aux diététiciens professionnels de participer à la planification des politiques de santé et de faire partie des équipes de prestation de services.

Les programmes de remboursement des gouvernements provinciaux, les régimes d'assurance privés et le droit fiscal fédéral appuient la prestation de services de nutrition à l'extérieur des hôpitaux par une gamme de professionnels, mais pas les diététiciens. Cette façon de procéder ne correspond pas aux législations provinciales ni aux normes nationales et provinciales en matière de soins et de services de santé qui ont été établies, lesquelles reconnaissent les diététiciens comme des professionnels de la santé en nutrition.

Notre mémoire donne quelques exemples de lacunes importantes qui existent dans l'accessibilité aux services des diététiciens. Des périodes d'attente très longues, l'absence de service d'éducation en matière de nutrition aux dispensateurs de services et un manque de service de nutrition directe dans de nombreuses collectivités ne sont que quelques exemples de l'ampleur du problème. Pour combler ces lacunes, on a recours à des entrepreneurs dénués de toute qualification professionnelle ou à des professionnels de la santé qui ont une connaissance et une formation officielles limitées en nutrition. Bien que, grâce à ces services de rechange, la population ait accès plus facilement à des services de nutrition, la qualité et la rentabilité de ceux-ci demeurent douteuses.

• 1020

Les discussions sur l'affectation des ressources en soins de santé soulignent la responsabilité personnelle de chacun quand il s'agit de la santé et l'obligation de décentraliser le processus de prise de décision concernant les services. On considère que les avantages sont nombreux, mais il importe surtout d'améliorer la rentabilité du système. Pour que les collectivités assument cette responsabilité, elles ont besoin de personnes qui aient les connaissances et les compétences nécessaires pour créer un environnement propice à la santé.

Le secteur privé reconnaît les intérêts des consommateurs envers leur santé, et il y a une quantité croissante de publicité, de désinformation et de fraude en matière de santé. La publicité qui concerne la nutrition représente un fort pourcentage de cette information. Le système de soins de santé devra s'assurer que les consommateurs obtiennent une information fiable et exacte. Pour être en mesure de démasquer la désinformation sur le plan alimentaire et nutritionnel, d'élaborer des politiques et d'offrir des services nutritionnels communautaires, il faut faire appel à des diététiciens-nutritionnistes.

[Texte]

The role of non-medical professionals in the health care system must be relative to their expertise, such as education, clinical skills, community-based programming. The role of the dietitian, as defined in our standards of practice, is complex and somewhat different in the three areas of specialization. For details, I would refer you to the appendix to our brief.

The Canada Health Act fully insures the services of dietitians in the hospital setting. We believe those services in the community should also be fully insured. Dietitians are uniquely qualified to assist the public to access nutrition services in the community and institutional health care systems. We are prepared and able to assess nutritional problems, as well as describe and implement appropriate nutrition interventions, as is done in many hospitals and home care settings. Hospital patients, in-patients and out-patients, are allowed direct access to dietitians. Similar services are necessary to improve accessibility in the community.

All health professionals in community settings must be skilled in problem identification. They should be allowed to make direct referrals to other non-medical professionals, as well as to recommend non-medical services for patients and clients and be able to participate in the service provision decision. To underline our commitment to these health and social issues, the Canadian Dietetic Association has focused its upcoming conference on food and nutrition security. This event is to take place between June 2 and 6 in this city. We would welcome and invite your participation in this conference.

These remarks have highlighted and expanded upon some points in the written text. At this time, I would like to ask Marsha Sharp and Bretta Maloff to assist me in answering any of your questions.

The Chairman: Thank you very much, Ms Power. I do appreciate that in addressing your remarks this morning, you closely followed the terms of reference this committee has outlined, the areas of concern we have.

You also mentioned the conference, and I think you said June 2 to 6. I think many of us, as individual Members of Parliament, have met with representatives of your organization. I know I have had a group in my office, and I think perhaps others also have. I would urge committee members to take part and attend some of the sessions that are to be held.

• 1025

Mrs. Clancy, would you like lead off the questions this morning?

Mrs. Clancy: I would indeed. I would like to begin by welcoming you here to the committee. I almost feel like I am a member of your group. I was for eight years a member of the Home Economics Department of Mount Saint Vincent

[Traduction]

Le rôle des professionnels non médicaux qui oeuvrent dans le système de soins de santé est fonction de leur compétence, c'est-à-dire de leurs études, de leurs compétences cliniques ou de leur expérience des programmes communautaires. Le rôle des diététiciens, tel qu'il est défini par nos normes, est complexe et quelque peu différent selon l'un ou l'autre des trois domaines de spécialisation. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez vous reporter à l'annexe de notre mémoire.

La Loi canadienne sur la santé prévoit la prestation de services de diététiciens dans les hôpitaux. Nous croyons que ces services devraient également être assurés dans les établissements communautaires. Les diététiciens sont en effet les seuls autorisés à favoriser l'accès du public aux services de nutrition offerts dans les établissements communautaires et en institution. Ils sont en mesure d'évaluer les problèmes qui surgissent à ce niveau et à prescrire les soins qui s'imposent, comme cela se fait dans de nombreux hôpitaux et dans le cadre des soins à domicile. Les personnes hospitalisées ainsi que celles qui se rendent dans les services externes des hôpitaux ont accès directement aux services diététiques. Il importe d'offrir ce genre de service pour améliorer l'accessibilité aux services communautaires.

Tous les professionnels de la santé qui travaillent en milieu communautaire doivent être aptes à évaluer les problèmes. Ils devraient être autorisés à référer directement vers d'autres professionnels non médicaux, à recommander des services qui ne sont pas de nature médicale et à participer aux décisions sur la prestation de services. Pour souligner son engagement envers les questions de santé et les problèmes sociaux, l'Association canadienne des diététistes a décidé que sa prochaine conférence porterait surtout sur la sécurité en matière d'alimentation et de nutrition. Cet événement aura lieu du 2 au 6 juin ici même. Nous vous invitons à participer à cette conférence.

Les observations que je viens de formuler avaient pour but de souligner et d'expliquer plus en détail certains des points abordés dans le mémoire. Je demanderai maintenant à M^{mes} Marsha Sharp et Bretta Maloff de m'aider à répondre à vos questions.

Le président: Je vous remercie beaucoup, madame Power. Je suis heureux que vous ayez soigneusement respecté l'ordre de renvoi du Comité.

Vous avez également parlé de la conférence, qui, si je ne m'abuse, doit avoir lieu du 2 au 6 juin. Bon nombre d'entre nous ont rencontré, en tant que députés, certains représentants de votre organisation. J'ai pour ma part reçu un groupe d'entre eux dans mon bureau et je crois que d'autres députés ont fait de même. J'exhorte les membres du comité à participer et à assister à quelques-uns des ateliers qui seront organisés.

Madame Clancy, voulez-vous commencer à poser des questions ce matin?

Mme Clancy: Je veux bien. J'aimerais d'abord vous souhaiter la bienvenue devant le comité. J'ai presque l'impression d'être de votre groupe. En effet j'ai fait partie pendant huit ans du département d'économie familiale de

[Text]

University, the only non-home economist member of the department, and I worked with your group both in Nova Scotia and in other maritime provinces. I have great admiration for the work you do.

I am particularly interested in your remarks, obviously, about the elderly and the aging population. I was noting, Ms Power, you were talking about the fact that there is no organization that delivers meals three times a day, seven days a week, etc. In thinking of an outreach into the community to assist the elderly in particular, just recently in my own office I came across a situation of a woman saying that she is now in her seventies. For 25 years she had marketed a certain way for her husband, herself, and four children; then her children left and she got used to two people; then her daughter came back home with two grandchildren. She went back up to us and said now I am on my own and I just cannot learn all over again how to do it for one. She was quite upset: I open my fridge and I see things rotting away and I have to throw them out and I am wasting. . . In a sense, it was out of proportion, but I think it was just a feeling of helplessness and not being able to control something at a certain stage. That underlines what you are talking about: going into the community and giving the assistance necessary.

You mentioned something about dieticians in private practice. I am not very familiar with that; we do not seem to have that to any great degree in the maritime provinces. I wonder if you could tell me where this happens and in what context they have a private practice.

Ms Bretta Maloff (Director, Nutrition Division, Calgary Health Services): The availability of dieticians in private practice is very limited across Canada. You find them mainly in urban centres. One province, Manitoba, has a provincial scheme, which supports access to dieticians and private counselling. But essentially it is a user-pay system and the availability is very limited. So it is not a service that is available to many Canadians, and particularly the elderly, who we know have limited incomes in the first place.

Mrs. Clancy: Right, exactly. I know, for example, at the Victoria General Hospital in Halifax there is a dietician on staff, covered under the medicare system. People can go to her. Again, that is a problem for some of the elderly. You mentioned the transportation. Are you aware of any programs of an outreach going into homes?

Ms Maloff: The home care system in the various provinces is a form of the outreach into the home. The problem is that most home care delivery systems in Canada do not have the services of dieticians on staff. So that is the difficulty. If you look at the community health side or the health promotion side, you are looking at systems that have none, or they may have one who serves a population of 500,000. So again it is the availability.

[Translation]

l'université *Mount Saint Vincent*, et j'étais la seule du groupe qui n'était pas spécialisée dans le domaine; j'ai travaillé avec votre groupe en Nouvelle-Écosse et dans d'autres provinces atlantiques. J'admire beaucoup le travail que vous faites.

Je m'intéresse tout particulièrement à vos observations sur les personnes âgées et le vieillissement de la population. J'ai remarqué, madame Power, que vous avez dit qu'il n'existait aucun organisme qui livrait des repas trois fois par jour, sept jours par semaine. Je pensais justement à un service visant à aider précisément les personnes âgées lorsque j'ai été mise au courant, récemment, dans mon propre bureau, de la situation d'une femme qui disait avoir plus de 70 ans. Pendant 25 ans, elle a tenu maison pour son mari, elle-même et ses quatre enfants; les enfants ont quitté la maison, et elle s'est par la suite habituée à faire les courses pour deux personnes seulement. Sa fille est revenue vivre chez elle avec ses deux enfants. Maintenant qu'elle est de nouveau seule, elle se déclare incapable de s'habituer à faire les courses pour une seule personne. Elle était bouleversée. J'ouvre mon réfrigérateur, disait-elle, et je constate que les choses sont en train de pourrir et que je dois les jeter. . . D'une certaine manière, elle a exagéré, mais je pense qu'elle éprouvait un sentiment d'impuissance, d'incapacité de pouvoir contrôler quelque chose à une certaine étape. Cela revient à ce que vous disiez: Il faut aller dans la collectivité et fournir l'aide nécessaire.

Vous avez dit quelque chose au sujet des diététiciens qui pratiquent dans le secteur privé. Je ne connais pas très bien cette situation, car je ne pense pas que nous en ayons dans les provinces atlantiques. Pourriez-vous me dire où cela se passe et dans quel contexte.

Mme Bretta Maloff (directrice, Division de la nutrition, Services de santé de Calgary): Il y a très peu de diététiciens dans le secteur privé au Canada. On en trouve surtout dans les grands centres urbains. Une seule province, le Manitoba, a mis sur pied un organisme provincial qui permet d'avoir accès aux diététiciens et à des conseillers privés. Cependant, c'est pour l'essentiel un service payé par les utilisateurs, et l'accès en est très limité. Ce n'est donc pas un service qui est offert à un grand nombre de Canadiens, et en particulier aux personnes âgées, qui, nous le savons, ont des revenus limités.

Mme Clancy: C'est exact. Je sais, par exemple, qu'il y a une diététicienne parmi le personnel de l'hôpital général Victoria, à Halifax, que ses services sont couverts par le système de santé. Les gens peuvent s'adresser à elle. Toutefois, le transport est souvent un problème pour les personnes âgées. Êtes-vous au courant d'un programme quelconque qui soit offert à domicile?

Mme Maloff: Le système de soins à domicile dans les diverses provinces constitue un moyen de joindre les gens à domicile. Le problème est que la plupart de ces systèmes, au Canada, n'offrent pas les services d'une diététicienne. C'est là qu'est le problème. Dans les services de santé communautaires ou de promotion de la santé, il n'y en a pas, ou bien il y a une seule personne pour desservir une population de 500,000 habitants. C'est une fois de plus un problème d'accessibilité.

[Texte]

Mrs. Clancy: It is also, it would seem to me, curative rather than preventative. At a point where you are delivering certain home care services, you may be past the point where you could have gone in earlier to assist the elderly person in whatever the nutritional problems were and thus prevented a problem that now requires more help.

Another problem I see—I see it with my own mother, I see it with the mothers of some of my friends—is that I suppose there is a fatigue that comes with being elderly and just sort of forgetting to do the normal nutritional things, like not eating breakfast. I call my mother almost every day from Ottawa and ask her if she ate breakfast. She always tells me she had an orange and I say that is not enough. I have to stop yelling at her. Then she will hang up on me. She might not eat breakfast, but she still has a temper. Things like that are—

Mr. Halliday: Send her a copy of the proceeding today.

Mrs. Clancy: She reads them. But it is that kind of thing. So you would say that at this point there is nowhere within our system where we would have a preventative nutritional factor, if you will, in an outreach program?

• 1030

Ms Maloff: Minimally. There are some examples in Ontario, I think, and other parts of Canada, for example B.C., where there is access. Again, I think they are sporadic, they are limited, and even where they are in place we are talking about ratios that tax the system to provide the kind of quality care that we think Canadians deserve.

Mr. Butland: I will go through a raft of comments and maybe we can sort out questions from the comments.

First, I think you obviously have a monumental task on your hands. At least, that is what I get from your presentation—a case of double jeopardy because you do not have the recognition. I notice in your brief that you do not have the young people entering the field either, taking on these positions. And when they do, they perhaps do not get out into the rural areas.

I am sure I do not have to tell you that it is the same in the Canadian Hearing Society—we cannot get people to go into the northern parts of Canada, and I am sure with all the specialized services it is a very similar problem. The people who are involved in it are so overtaxed. I know the lady from the Hearing Society comes to me and says she is becoming totally ineffectual simply because the demand is so great and running from one spot to another is not effective.

Do you look at yourselves, if you are able to do as you would think you could do, as being a preventative kind of operation or medicine that would be a cost-saving factor in the end? When one visits private nursing homes and just the

[Traduction]

Mme Clancy: Il me semble également que c'est une question de médecine curative par rapport à la médecine préventive. Si l'on était allé plus tôt aider une personne âgée qui avait des problèmes nutritionnels, on aurait peut-être pu éviter un problème plus grave, qui nécessite maintenant plus d'aide et des services de soins à domicile.

En voyant ma mère et la mère de certaines de mes amies, je constate que l'âge entraîne une certaine fatigue et qu'on oublie de bien s'alimenter, par exemple de prendre un bon petit déjeuner. J'appelle ma mère presque chaque jour d'Ottawa et je lui demande si elle a pris un petit déjeuner. Il me dit toujours qu'elle a pris une orange, et je lui dis que ce n'est pas assez. Il faut que j'arrête de la gronder parce qu'elle pourrait bien me fermer le téléphone au nez. Elle ne prend peut-être pas de petit déjeuner, mais elle a encore du caractère. Ce sont de ces choses. . .

M. Halliday: Envoyez-lui une copie de l'audience d'aujourd'hui.

Mme Clancy: Elle les lit, mais c'est ainsi. Vous diriez donc que, dans notre système, rien n'est fait en matière de prévention dans le domaine de la nutrition, par exemple des programmes de soins à domicile.

Mme Maloff: Presque rien. Il y a quelques exemples en Ontario et, je pense, dans d'autres parties du Canada, comme en Colombie-Britannique. Ces services sont offerts sporadiquement, mais ils sont limités et, lorsqu'ils existent, le rapport entre les moyens offerts et la population desservie ne permet pas de fournir aux Canadiens les services qu'ils méritent.

M. Butland: Je vais faire de nombreuses observations et peut-être pourrions-nous en tirer des questions.

Premièrement, je pense que vous avez de toute évidence une tâche monumentale. C'est du moins ce que je conclus de votre exposé—et vous êtes d'autant plus menacés que vous n'êtes pas reconnus. Je remarque dans votre mémoire que vous avez de la difficulté à recruter des jeunes. Lorsque certains se joignent à vous, ils ne sont peut-être pas prêts à aller dans les régions rurales.

Je n'ai pas besoin de vous dire que c'est la même chose à la Société canadienne de l'ouïe—nous ne pouvons trouver des gens pour aller dans les régions septentrionales du Canada, et je suis certain que c'est la même chose avec tous les services spécialisés. Ceux qui s'en occupent sont débordés. Je connais une dame de la Société canadienne de l'ouïe qui m'a dit qu'elle devenait tout à fait inefficace, simplement parce qu'elle courait d'un endroit à l'autre et que ce n'est pas une façon de bien travailler.

Si vous pouviez faire ce que vous voulez, estimez-vous que vous faites de la médecine préventive qui permettra en fin de compte de réaliser des économies? Lorsque nous visitons des résidences privées pour personnes âgées—tous

[Text]

regular senior citizens' complexes—and all of us who have campaigned have those experiences—you know quite well that seniors are not receiving that kind of advice. It was a very sobering experience for me to knock on doors and see seniors, probably with their food on their shirt or blouse from yesterday or the day before. So they are having those kinds of problems with even ingesting the food and probably they are not being very selective in what they eat.

My last comment is not meant to be facetious, but groups like Nutri-System, do they give you a good name or a bad name? They are certainly flourishing in my community of Sault Ste. Marie. Are they professionals, or are they falsely advertising as to what they are?

Ms Marsha Sharp (Executive Director, Canadian Centre for Occupational Health and Safety): I have not quite sorted out all your questions, but I could perhaps comment with respect to Nutri-System. It is a weight-loss program, and I do not think it is necessarily contributing to or diminishing from our professional reputation. As to whether or not as a profession we are involved, the answer is no, we are not largely involved in that particular service. The approach to the dieting and so on appears to be different from the approach used by dietitians. So you will not find, in most cases, that it is where we are.

Mr. Butland: That is a very good political answer.

Ms Sharp: Thank you. You made some other comments I would like to respond to. The first one you said was that we have a monumental task, as we have outlined in the brief. We agree with that. And of even more concern is that we are seeing the task grow. We are seeing hunger in Canada becoming a bigger issue. We are certainly interested in following and trying to decide where we can be of assistance in addressing issues such as food banks, and we see this as a very monumental problem. We know that the people who are working in these areas want out. They also did not see themselves as providing a permanent service. In a couple of years we see that will be gone. They have set a mission for themselves to be out of business within a few years.

Those problems do need to be addressed in a very planned community response way. I guess we can only re-emphasize what Shirley Power has said. It is our belief that the Canadian health care system has to ensure food security for Canadians. That is a fundamental belief of ours, and we will be working toward it. I wanted to make that comment.

• 1035

With respect to lack of entry of young people into our profession, I do not think we were saying that in our brief. We are saying that many students in university programs are qualifying in terms of a background in nutrition. Qualification as a dietician requires—as many other health professions do—practice experience or an internship, call it what you like. We have several labels because we offer different types of programs. In our view, there is an inadequate number of

[Translation]

ceux qui font campagne l'ont fait—nous voyons bien que les personnes âgées ne reçoivent pas ce type de conseil. Ce fut pour moi une expérience très triste de frapper à certaines portes et de voir des personnes âgées qui avaient encore sur leur chemise ou leur blouse de la nourriture d'hier ou d'avant-hier. Si elles ont de la difficulté à manger, elles ne portent probablement pas une grande attention à ce qu'elles mangent.

Je n'ai pas l'intention de faire un blague, mais est-ce que des groupes comme Nutri-Système vous donnent une bonne ou une mauvaise réputation? Ils sont certainement en pleine expansion dans ma région de Sault-Sainte-Marie. S'agit-il de professionnels ou de fausses représentations?

Mme Marsha Sharp (directrice administrative, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail): Je n'ai pas pris note de toutes vos questions, mais je pourrais peut-être vous parler de Nutri-Système. C'est un programme de perte de poids, et je ne pense pas qu'il touche en bien ou en mal la réputation de notre profession. En tant que profession, nous n'y participons pas. Son approche semble différente de celle des diététiciens. Par conséquent, dans la plupart des cas, ce n'est pas là que vous nous trouverez.

M. Butland: C'est une très bonne réponse digne d'un politicien.

Mme Sharp: Merci. Vous avez fait d'autres observations auxquelles j'aimerais répondre. D'abord vous avez dit que nous avons une tâche monumentale, comme nous l'avons souligné dans notre mémoire. Nous sommes d'accord. Ce qui nous préoccupe le plus, c'est que nous constatons que notre tâche augmente. Nous voyons que la faim, au Canada, devient un sujet de préoccupation. Nous essayons de voir comment nous pouvons être utiles, en nous attaquant à des questions comme des banques d'alimentation, nous voyons que c'est un problème monumental. Nous savons que les personnes qui travaillent dans ces domaines veulent abandonner. Elles n'avaient pas l'intention au départ d'établir un service permanent. Dans quelques années, ce service n'existera plus. Les personnes responsables se sont fixé pour objectif d'abandonner ce service dans quelques années.

Il faut que la collectivité s'attaque à ces problèmes de manière systématique. Je pense qu'on ne peut qu'insister sur ce qu'a dit Shirley Power. Nous croyons que le système canadien de santé doit veiller à la sécurité de tous les Canadiens en matière d'alimentaire. C'est une de nos convictions fondamentales, et nous travaillerons dans ce sens. Je tenais à faire cette précision.

Par ailleurs, je ne crois pas que nous disions dans notre mémoire que notre profession a du mal à attirer les jeunes. Nous disons qu'il y a beaucoup de diplômées d'université en diététique. Cependant, dans notre profession comme dans beaucoup d'autres professions de la santé, il faut, avant d'être accrédité, acquérir de l'expérience ou faire un stage, appelez cela comme vous voudrez. La terminologie varie parce que nous offrons plusieurs types de programmes. A notre avis, ce

[Texte]

positions. Many university graduates cannot complete their professional qualification for our profession because of this bottleneck. I believe there are four internship positions in this country in community nutrition. We are talking about community-based services. There are two in Ottawa and two in Saskatchewan.

Public health nutritionists enter our profession through a master's program, in addition to undergraduate education. So that is a source of entry for those who go the master's route. However, community-based services in nutrition do not always require a master's degree. We have developed and we do have accredited programs for community-based dietetic internships, the 40 week to one year program following undergraduate training that would qualify someone to be a community-based dietitian. There is funding for four positions in Canada. So when we look at monumental problems we are really looking at them in terms of making some progress.

Ms Greene: There are three in the Public Health Department of North York. That is not unique.

Ms Sharp: The three nutritionists in that department and in others have entered our profession through taking an undergraduate dietetics program and a master's degree in nutrition. That is a route to entry, but that is not what I am talking about. There is a need for dietitians working at the community level in a variety of programs and services that we talked about, but that is not the same as being a public health nutritionist. Bretta works in this area and could perhaps explain it more clearly than I can.

The master's training program is one route of entry to our profession, and those people are very often in the community. However, there is another opportunity for community-based dietitians to be trained through an internship, a 40-week program. That would increase the manpower supply but there is no funding for those positions.

Yes, I recognize that the people you are talking about do hold important positions, but not everybody in this profession comes through the Master's route, nor is it needed for the range of services we have described.

I would like Bretta to add to that if she could.

Ms Maloff: We are talking about the range of services and one of the functions of a public health nutritionist with a master's is to look at the planning, assessment, surveillance and monitoring of systems to measure our progress or lack of progress toward our services.

But a range of services are delivered to the client or to the public face to face, and this where we need individuals who can counsel and assess and provide the kind of information to empower individuals to take control and manage their lives. The difference is that we do not need to pay for a more expensive education when it will not necessarily provide better skills or services to the client.

I would also like to comment on the concept of cost saving. We have to recognize that six out of the ten leading causes of illness and death in Canada have a nutrition component. Cardiovascular disease is the well-known one.

[Traduction]

sont les postes de stagiaire qui manquent. Beaucoup de diplômés ne peuvent pas obtenir leur accréditation à cause de ce goulot d'étranglement. Je crois qu'il n'y a, au Canada, que quatre postes de stagiaire en diététique communautaire, c'est-à-dire dans des services axés sur la communauté: deux à Ottawa et deux en Saskatchewan.

Les nutritionnistes de santé publique peuvent accéder à notre profession en obtenant une maîtrise après leurs études de premier cycle. La maîtrise est donc bel et bien une voie d'accès. Nous offrons des stages en diététique communautaire d'une durée de 40 à 52 semaines après les études de premier cycle, et ces stages permettent aux étudiants d'obtenir leur accréditation. Mais il n'y a que quatre postes de stagiaire au Canada. Par conséquent, il y a de graves problèmes, mais les solutions sont à notre portée.

Mme Greene: Il y en a trois dans le service de santé publique de North York, et ce n'est pas un cas isolé.

Mme Sharp: Les trois diététiciennes de ce service et d'autres sont entrées dans notre profession par le biais d'un programme de diététique de premier cycle et une maîtrise en nutrition. Il s'agit là bel et bien d'une voie d'accès, mais ce n'est pas ce dont je parle. Il faut des diététiciennes dans les programmes et les services communautaires dont nous avons parlé, mais les nutritionnistes de santé publique, c'est autre chose. Comme Bretta travaille dans ce domaine, peut-être pourrait-elle mieux vous expliquer la situation.

La maîtrise est une voie d'accès à notre profession, et celles qui l'obtiennent travaillent souvent au niveau communautaire. Mais, pour devenir diététicienne communautaire, on peut également suivre un stage de 40 semaines. Ce serait un moyen d'augmenter nos effectifs, mais l'argent manque pour créer les postes de stagiaire nécessaires.

Bien sûr, les diététiciennes dont vous parlez occupent des postes importants, mais la maîtrise n'est pas la seule voie d'accès à notre profession et elle n'est d'ailleurs pas nécessaire pour assurer la gamme de services dont j'ai parlé.

Je demanderai à Bretta d'ajouter quelques mots.

Mme Maloff: Au sujet de la gamme de services, l'une des fonctions d'une nutritionniste de santé publique titulaire d'une maîtrise, c'est de planifier, d'évaluer, de surveiller et de contrôler les systèmes qui servent à mesurer les progrès que nous faisons ou que nous ne faisons pas.

Mais toute une gamme des services sont rendus directement au client ou, si vous préférez, au public, et c'est à ce niveau que nous avons besoin de gens qui puissent conseiller, évaluer et fournir les renseignements nécessaires pour permettre aux gens de se prendre en main. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre des études supérieures s'il n'en résulte pas nécessairement une amélioration de nos compétences et des services que nous rendons aux clients.

Je voudrais également parler de la question des économies qu'on peut réaliser. Il faut savoir que, sur les dix causes principales de maladie et de décès au Canada, six ont un rapport avec la nutrition. C'est le cas notamment des

[Text]

There is no question that reducing blood pressure through nutritional means is less costly than drug intervention. We recognize that obesity risk factors and cholesterol levels are easily achieved through education and group education programs. Individual programs are not required.

There is no question that the literature base is there to support it. There are world-wide data to show that community-based large-scale population interventions have demonstrated the populations can change and decrease the risk factors and morbidity. Finland, Wales, and Pawtucket in Rhode Island are among many across the world that have demonstrated these kinds of cost savings. Yes, definitely, we believe we can make a difference.

• 1040

Another comment I would like to make in terms of the question about attracting dietitians is that I do agree there is certainly a problem in remote. . . We have tried in our brief to identify incentives that would attract or retain people in their communities to provide service. We are also talking about a number of communities that are not remote and that would attract members of our profession, if there were positions.

In the recent document on the nutritional recommendations for Canadians released by Health and Welfare Canada, they acknowledge that there are 218 community health nutrition positions in Canada. This is a decrease. I think this is what concerns us: we are not holding ground and the commitment to providing these services has been eroded. I think this is the significance of the changing service patterns in Canada on nutrition practices.

Mr. Halliday: It is a fascinating presentation our witnesses have given us today. I want to pursue one step further the question about training, which I wanted to get on as well. I gather it is a four-year course, post-secondary plus possible post-grad work. What is the waiting list like now getting in at the university level getting into those courses? Is there a long waiting list or are you looking for students? What is the status of that?

Ms Sharp: In many of the dietetics programs in universities, there is not a great restriction on entry. There are plenty of applicants. The programs are large. There does not seem to be an issue in attracting students to pursue nutrition dietetics in the university program.

Mr. Halliday: How many are being denied entry to the system at the beginning university level?

Ms Sharp: I am sorry; I do not have information on that.

Mr. Halliday: You have told us of the great lack of nutritionists across the country; that is one of the messages. I am wondering to what extent we are aggravating it or failing to do something about it by holding people back from getting into the courses.

Ms Sharp: No. I think if I could complete that, there appears to be not a lack of students at the undergraduate level wishing to get into the nutrition programs. Where we are seeing the crunch is that approximately 40% of those who

[Translation]

maladies cardiovasculaires. Il ne fait aucun doute qu'il en coûte beaucoup moins de réduire la pression sanguine par le régime alimentaire que par des médicaments. Il est reconnu qu'on peut réduire aisément les risques d'obésité et les niveaux de cholestérol au moyen de programmes d'éducation. Les programmes individuels ne sont pas nécessaires.

La documentation le démontre amplement. On a fait la preuve un peu partout dans le monde que des programmes communautaires à grande échelle peuvent modifier les comportements et diminuer les facteurs de risque et la morbidité. En Finlande, au pays de Galles, à Pawtucket, dans le Rhode Island, pour ne nommer que quelques cas, on a montré qu'on pouvait ainsi réaliser de grandes économies. Il ne fait aucun doute que nos programmes peuvent permettre de réaliser de grandes économies.

Quant au problème du recrutement, il se pose bel et bien dans les régions éloignées. . . Nous indiquons dans notre mémoire des moyens d'attirer ou de conserver les diététiciennes dans les services axés sur la communauté. Mais il y a aussi des communautés qui ne sont pas éloignées et où l'on pourrait attirer des diététiciennes, s'il y avait des postes.

Dans les recommandations alimentaires que vient de publier Santé et Bien-être Social Canada, on apprend qu'il y a 218 postes de nutritionniste communautaire au Canada. Il s'agit là d'une baisse. Voici ce qui nous préoccupe: nous n'assurons pas la relève et la capacité d'assurer ces services diminue. Voilà comment la situation des services de diététique évolue au Canada.

M. Halliday: Nos témoins nous ont fait un exposé captivant. J'aurais quelque chose à ajouter au sujet de la formation. Il s'agit, si j'ai bien compris, d'un programme de premier cycle de quatre ans, suivi éventuellement d'études de deuxième cycle. Est-ce que la demande est forte pour ces cours universitaires. Y a-t-il une longue liste d'attente ou plutôt une pénurie de candidates? Qu'en est-il au juste?

Mme Sharp: Il est assez facile de s'inscrire aux programmes universitaires de diététique. Les candidates ne manquent pas. Les programmes peuvent en accueillir beaucoup. Il ne semble pas y avoir de problème de ce côté-là.

M. Halliday: Combien de candidates se voient refuser l'accès aux programmes universitaires?

Mme Sharp: Je n'ai malheureusement pas les données en main.

M. Halliday: Vous nous avez dit, entre autres choses, qu'il y a une grave pénurie de nutritionnistes à l'échelle nationale. Je me demandais jusqu'à quel point on contribuait à cette pénurie en restreignant l'accès à ces programmes.

Mme Sharp: Non. Il ne manque pas d'étudiantes du premier cycle qui souhaitent s'inscrire à un programme de diététique. Ce qui fait problème, c'est qu'environ 40 p. 100 des diplômées en diététique ne peuvent pas compléter leur

[Texte]

graduate can complete their professional education as dietitians because of this problem in the internship, the funding of the practical experience we also require, the clinical skills and so on. These are part of our formal education. We have not studied particularly the lack of candidates for entry into university.

We have been focusing on our concern that of those who are graduating, they are not being admitted to the profession because of this bottleneck. We, like other health care professions, believe the experience requirement is very important in terms of the transition from an academic environment to being able to provide and deliver services.

Mr. Halliday: On the issue of internships, it interests me, having gone through one a number of years ago myself. We felt it was very important to go through an internship; you are suggesting the same is true for dietitians. When I interned, I got paid the princely sum of \$100 for the whole year, plus free room and board. I wondering to what extent you students graduating would be willing to do that at this stage in development of your professional body.

Ms Sharp: The question can be answered in a couple of ways. First of all, it happens. Students will take an internship if a position can be created, and they will do so without funding. It is not a fair system because most do receive the student stipend that is equivalent to and like all of the other health care professions.

Our question has to be: If nutrition is a problem, if there is a need for this health profession, why would we single out that particular profession to decide that support for the final year, including a service component, would be unfunded, whereas the other health professions do not face this same treatment? For us there is a fundamental consideration in the profession in saying fine, we do believe that it should be different in dietetics from what it is in the other health disciplines.

• 1045

Further to that, there are other models. In the province of Quebec, the practical part of the program is integrated into university education. When you have completed your degree and the internship phase of training, you are automatically eligible for membership in the profession or to enter into the profession. The other provinces have not adopted that approach, except I think in some limited experiences.

For example, in Nova Scotia there is a co-operative program. We are certainly looking at more co-operative programs as a way of integrating the experience requirement during the university time, so that more students will be able to complete their program. We have looked at expanding these opportunities in a variety of ways and we continue to be concerned to work on alternatives.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the witnesses have indicated they have about 4,400 members now across the country who are nutritionists, properly trained. What would be the optimum number?

Ms Maloff: From a community health setting, we have 40% of what is needed. In other words, there is a 60% gap according to the Health and Welfare document.

[Traduction]

formation à cause du manque de postes de stagiaire, de l'impossibilité d'acquérir l'expérience, les compétences cliniques qu'il faut. C'est là un élément de notre formation professionnelle. Nous ne nous sommes pas penchées sur la pénurie de candidates aux programmes universitaires.

Ce qui nous préoccupe, c'est que les diplômées n'arrivent pas à obtenir leur accréditation à cause du manque de postes de stagiaire. Comme pour les autres professions de la santé, nous croyons que la formation pratique est très importante comme moyen de faciliter la transition entre le milieu universitaire et le milieu de travail.

M. Halliday: La question du stage m'intéresse du fait que j'en ai suivi un il y a bien des années. C'était considéré comme quelque chose de très important, et vous dites qu'il en va de même pour les diététiciennes. Lorsque j'ai suivi le mien, j'ai touché, pour l'année, la somme princière de 100\$, plus le gîte et le couvert. Je me demandais dans quelle mesure vos diplômées seraient disposées à accepter ces conditions pour pouvoir entrer dans la profession.

Mme Sharp: On peut répondre à cette question de plusieurs façons. D'abord, cela arrive. Les étudiantes acceptent un stage si un poste peut être créé, et elles le feront sans se faire payer. Ce n'est pas juste cependant, car la plupart reçoivent à peu près l'allocation d'étudiant qu'on verse aux stagiaires de toutes les autres professions de la santé.

Il vaut mieux poser la question autrement. Si notre profession est nécessaire, pourquoi serait-elle, parmi toutes les professions de la santé, la seule où, pendant la dernière année, les étudiantes ne recevraient rien? Selon nous, il existe une considération fondamentale au sein de la profession qui nous fait croire que la situation dans le domaine de la diététique devrait être différente de celle qui caractérise les autres disciplines du milieu de la santé.

En outre, il y a d'autres modèles. Dans la province de Québec, le volet pratique du programme est intégré à la formation universitaire. Une fois que vous avez obtenu votre diplôme et que vous avez terminé votre stage d'interne, vous pouvez automatiquement devenir membre de la profession ou pratiquer celle-ci. Les autres provinces n'ont pas adopté cette façon de procéder sauf, si je ne m'abuse, dans le cadre d'expériences limitées.

Par exemple, un programme de coopération a été mis sur pied en Nouvelle-Écosse. Nous examinons évidemment d'autres programmes semblables aux fins de faire acquérir l'expérience requise au cours des années d'études universitaires, afin qu'un plus grand nombre d'étudiants puissent terminer leur programme. Nous avons examiné diverses options afin d'élargir ces possibilités et nous continuons à travailler à l'élaboration de solutions nouvelles.

M. Halliday: Monsieur le président, les témoins ont indiqué qu'ils représentaient environ 4,400 membres dans tout le pays qui sont des nutritionnistes ayant reçu une formation adéquate. Quel serait le chiffre idéal?

Mme Maloff: Si l'on se place du point de vue de la santé communautaire, nous avons présentement 40 p. 100 de l'effectif nécessaire. En d'autres mots, il existe un écart de 60 p. 100 selon le document de Santé et Bien-être.

[Text]

Mr. Halliday: Thank you very much. The other thing is that the issue of day care, child care, has been with us for probably a decade in a very intense way. A study on that was commissioned, I believe by the federal government, a few years ago, which was a very extensive study. They came up with a recommendation of what should be provided by way of services for child care, and as I recall the cost of it was about \$11 billion a year.

You have given us an indication of how great the deficiency is that exists in our nutrition system in the country. If we had the 60% missing now, in terms of professionals not in the system, together with all of the other costs that would go with that, what would the costs be to a government that wanted to improve the system to its optimum?

Ms Maloff: I cannot supply you with the specific data today, because certainly costs in terms of salaries and resources vary from province to province; a precise figure is therefore not available. But there are some materials we could pull together to provide you with ranges and costs of positions in various departments.

I think I would say, though, that by that 60% increase in personnel in community health departments or public health departments across Canada, you would see that day care or nutrition services aimed or targeted at children would be covered through the provision of that kind of staffing. By increasing the community health sector, you do not necessarily have to look at increasing another social services component, over on another system. This is where we have talked in our paper considerably about the blending, the co-operation and the sharing of health and resources within the system.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, Canada has a number of community health centres, and Mr. Butland comes from an area where it is well known. Can you tell me how many of the community health centres in Canada now have qualified dietitians working in them?

Ms Sharp: I cannot specifically answer the question. I did not look at that.

Mr. Halliday: Could you get that for us? I am wondering to what extent they are being used where we have the infrastructure for a community health centre.

Ms Sharp: We do have a comprehensive data base in terms of where dietitians work and so on across Canada, so we certainly can provide that.

Mr. Halliday: You will also have to know how many community health centres there are. I am not sure of the figure. I am interested in knowing to what extent we are using your professional services where we have the infrastructure by way of a community health centre.

Ms Sharp: Fine.

[Translation]

M. Halliday: Je vous remercie beaucoup. L'autre question, à savoir celle des garderies et des soins aux enfants, nous préoccupe beaucoup depuis probablement une dizaine d'années. Une étude très approfondie de cette question a été réalisée il y a quelques années à la demande, je pense, du gouvernement fédéral. Les auteurs de l'étude avaient formulé une recommandation quant aux services qui devraient être fournis en matière de garderies et, sauf erreur, les coûts pertinents se chiffraient approximativement à 11 milliards de dollars par année.

Vous nous avez donné une idée des énormes lacunes qui existent dans le système nutritionnel du pays. Si l'écart de 60 p. 100 était comblé maintenant, en ce qui a trait au nombre de professionnels qu'il faudrait intégrer au système, combien en coûterait-il au gouvernement pour créer un système idéal, compte tenu de tous les coûts afférents?

Mme Maloff: Je ne peux vous fournir de chiffres précis ici, étant donné que les coûts en salaires et en ressources varient d'une province à l'autre. Cela dit, nous pourrions consulter certains documents, qui nous donneraient une idée du nombre de postes dans les divers ministères et des coûts afférents.

Je suis toutefois tentée de dire que si l'on comblait l'écart susmentionné en ce qui a trait au nombre d'employés travaillant dans des services de santé communautaire ou de santé publique partout au Canada, on constaterait que les besoins en dotation dans les services de garderies ou les services de nutrition s'adressant aux enfants seraient comblés par une telle mesure. Si vous augmentez les ressources du secteur de la santé communautaire, vous ne devez pas nécessairement en faire autant pour un autre volet des services sociaux. Dans notre document, nous avons d'ailleurs parlé en détail de la collaboration, ainsi que de la fusion et du partage des ressources au sein du système.

M. Halliday: Monsieur le président, le Canada compte un certain nombre de centres de soins communautaires et M. Butland vient d'une région où ces centres sont bien connus. Pouvez-vous me fournir le nombre de centres de soins communautaires au Canada qui ont des spécialistes qualifiés de la diététique?

Mme Sharp: Je ne peux répondre à cette question de façon précise. Je n'ai pas examiné cet aspect.

M. Halliday: Pourriez-vous nous fournir ce renseignement? Je me demande dans quelle mesure on fait appel aux services de ces spécialistes là où nous disposons de l'infrastructure nécessaire à un centre de soins communautaires.

Mme Sharp: Nous avons une base de données complète en ce qui a trait aux endroits où les diététiciens et les diététiciennes travaillent au Canada; par conséquent, nous pouvons certainement vous fournir ce renseignement.

M. Halliday: Je vous demanderais aussi de vérifier combien il existe de centres de soins communautaires. Je ne suis pas certain du chiffre. Je suis curieux de savoir dans quelle mesure nous faisons appel à vos services professionnels lorsque nous disposons de l'infrastructure nécessaire, c'est-à-dire d'un centre de soins communautaires.

Mme Sharp: Très bien.

[Texte]

Ms Greene: I find it very disturbing that you only have four internship placement positions. I spent many years in the North York Board of Health, the Association of Public Health of Metropolitan Toronto, and the Community Services and Housing Committee at Metro. I know that all those organizations have nutritionists and have programs available. I wonder if you have explored getting positions at the municipal level in agencies such as the public health, because I think they would love to run some very specific counselling programs under the supervision of their masters. It is entirely publicly funded—municipal, provincial contributions.

• 1050

They are dealing with the elderly on a very close community-level basis, as well as high-risk groups in housing developments, and so on. I know they do have group programs and that kind of thing. It would be very useful. They are also providing services to the boards of education and hospitals, distributing newsletters, and promoting good eating habits, this kind of thing. It seems to me there would be ample opportunity to have people, in turn, with such bodies throughout the country.

Ms Sharp: There is opportunity, and the two programs we are talking about actually do operate from those centres, but it comes back to a funding issue. It is not only in the form of student stipend, because that is only one aspect of it, but the program has not received support. There have been requests in the public health agencies to support internships, and the funding is simply not being providing. The funding is all in institutions, in hospitals, in terms of these internship positions.

Ms Greene: Have you tried at the Metropolitan Toronto level? None of the agencies you have mentioned are in Ontario.

Ms Sharp: Well, yes, one of them is in Ottawa.

Ms Greene: Ottawa. I did not hear that.

Ms Sharp: Yes, one of the programs is in Ottawa. Specifically at the Metropolitan Toronto level, I cannot say if there has been a submission by those nutritionists to have a program, but the public health nutritionists you are speaking of are certainly all dietitians. Their work title may be different, but they are certainly interested in this issue, in expanding training opportunities.

We know the teaching health units that have been approved in Ontario are interested, and discussions are under way as to how to support education programs. However, given there are usually one to two public health nutritionists for very large populations, there is difficulty for them placing priority on student education programs, as opposed to the service delivery they are trying to provide.

[Traduction]

Mme Greene: Je trouve très troublant le fait que vous n'ayez que quatre postes d'internes. J'ai été associée durant de nombreuses années au *North York Board of Health*, au *Association of Public Health of Metropolitan Toronto* et au *Community Services and Housing Committee at Metro*. Or, je sais que tous ces organismes ont des nutritionnistes ainsi que des programmes en place. Je me demande si vous avez envisagé la possibilité d'obtenir des postes au niveau municipal, dans des organismes tels que les centres de santé publique, parce que je pense que ceux-ci seraient très heureux d'appliquer sous supervision certains programmes très précis de consultation. Les gouvernements municipaux et provinciaux subventionnent intégralement ces programmes.

Ils s'occupent de façon très étroite des personnes âgées ainsi que des groupes à risque élevé dans des ensembles d'habitations, et ainsi de suite. Je sais qu'ils ont des programmes de groupe, etc. Ce serait très utile. Ils fournissent aussi des services aux conseils scolaires et aux hôpitaux, ils distribuent des bulletins d'information, font la promotion d'habitudes alimentaires saines, et ainsi de suite. Il me semble que ces services constitueraient une excellente occasion de faire acquérir de l'expérience aux gens, à tour de rôle.

Mme Sharp: Il existe des possibilités et les deux programmes dont nous parlons sont en fait exploités à partir de ces centres, mais il faut toujours revenir à la question du financement. Je ne parle pas seulement de la rétribution versée à l'étudiant, parce qu'il ne s'agit là que d'un élément; en fait, le programme n'a pas reçu d'appui. Il y a eu des demandes dans les organismes de santé publique afin que l'on appuie les programmes d'internat, mais le financement n'est tout simplement pas accordé. En ce qui a trait à ces postes d'internes, ce financement relève exclusivement des institutions, des hôpitaux.

Mme Greene: Avez-vous fait des démarches au niveau de la région métropolitaine de Toronto? Aucun des organismes que vous avez mentionnés ne se trouvent en Ontario.

Mme Sharp: Oui, l'un d'eux se trouve en fait à Ottawa.

Mme Greene: Ottawa. Cela m'a échappé.

Mme Sharp: Oui, l'un des programmes est en place à Ottawa. Pour ce qui est de la région métropolitaine de Toronto, je ne peux vous dire si ces nutritionnistes vont présenter une demande de programme, mais les hygiénistes alimentaires publics auxquels vous faites allusion sont certainement tous des diététiciens et diététiciennes. Leur titre professionnel peut être différent, mais ils souhaitent certainement élargir leurs possibilités de formation.

Nous savons que les unités d'enseignement des soins de santé qui ont été approuvées en Ontario sont intéressées, et des discussions sont en cours afin de déterminer la façon d'appuyer les programmes d'enseignement. Cela dit, compte tenu du fait qu'il n'y a habituellement qu'un ou deux hygiénistes alimentaires publics pour desservir un groupe très important de la population, il est difficile pour ces services d'accorder la priorité au programme de formation d'étudiants, plutôt qu'à la prestation du service qu'ils essaient de fournir.

[Text]

Ms Greene: They are also using public health nurses, of course, for individual counselling. They are working in conjunction with the public health nurses.

Ms Maloff: Yes, the public health nurses and other members of the public health team play an important role in communicating nutrition information to our clients. We recognize that they are part of the multi-disciplinary team.

Our concern is that we do not have enough nutritionists to support. The issues are becoming more complex, and health care members of our team are turning to us and saying they are beyond their capabilities and scope and skill now, because of the nature of the issues.

We have to recognize that community health services have changed over time. Where their focus was on communicable diseases and safe water and so on, they have now moved into the whole area of the community-based service in terms of prevention and promotion, chronic disease and disability, so there is a real change, and I think the shift in the mix of the health team has certainly changed considerably.

I also know, from my colleagues across Canada, that the need for community health nutritionists has been identified, and they have put in budget submissions for supporting the kind of training programs, even with a fairly low stipend identified for the student, and not a particularly costly endeavour.

I think the recognition is that community health or public health services in Canada receive such a small portion of the health care budget in provinces, and there are so many competing demands, as you know, on the whole community health care system. We are one of the many competing, and so when there are such limited dollars, the stresses are for all portions of the system within community health services.

So yes, the requests have gone in. I think it is simply a question of competing—

Ms Greene: I know just about everybody there, so if you are sending one, if you copy me I would phone them up and ask them about it, because when I was on the board there was a very strong interest in nutrition, and it seems to me that... it is a while ago now, but I never saw any request, anywhere, of this nature.

Ms Maloff: Ontario is fortunate, in the sense that they have community health training and a number of practicum programs, set up through their masters and also the Ottawa regional. It is when you move to other provinces where probably you see the gaps even more significantly.

• 1055

[Translation]

Mme Greene: Ces services ont aussi des infirmières de santé publique pour la consultation personnelle. Ils travaillent en collaboration avec celles-ci.

Mme Maloff: Oui, les infirmières de santé publique et d'autres membres de l'équipe de santé jouent un rôle important dans la diffusion de renseignements nutritionnels à nos clients. Nous sommes d'accord pour dire qu'ils font partie d'une équipe pluridisciplinaire.

Nous sommes préoccupés par le fait que nous n'avons pas assez de nutritionnistes. Les questions sont de plus en plus complexes et les membres de notre équipe de soins de santé se tournent vers nous et nous disent qu'ils n'ont pas les capacités et la compétence requises face aux problèmes.

Il faut reconnaître que les services de santé communautaire ont évolué au fil des années. Il fut un temps où ils portaient sur des questions telles que les maladies transmissibles, la qualité de l'eau, etc. Maintenant, ils ont pris la forme de services communautaires axés sur la prévention et la promotion, ainsi que les maladies chroniques et l'invalidité. Par conséquent, il y a eu une évolution réelle et je pense qu'il ne fait aucun doute que la composition de l'équipe de santé a changé considérablement.

J'ai aussi appris de mes collègues dans tout le Canada que le besoin d'hygiénistes alimentaires publics a été confirmé et que l'on a présenté des demandes budgétaires afin de pouvoir dispenser la formation pertinente, le tout avec une rétribution relativement faible pour l'étudiant et un programme de cours relativement abordable.

Je pense que l'on constate que les services de santé publique ou communautaire au Canada touchent une fraction tellement faible du budget des soins de santé dans les provinces et qu'un grand nombre de demandes se font concurrence, comme vous le savez, dans le secteur des soins de santé communautaire. Nous représentons l'un des groupes en concurrence et lorsque les budgets sont si limités, tous les services de santé communautaire s'en ressentent.

Bref, oui, les demandes ont été faites. Je pense que c'est tout simplement une question de concurrence...

Mme Greene: Je connais à peu près tout le monde là-bas; par conséquent, si vous envoyez une demande, vous pourriez me le faire savoir. Je pourrais leur téléphoner et leur demander des précisions. Lorsque je faisais partie du conseil, celui-ci accordait une grande importance à la nutrition et il me semble que... cela fait un certain temps maintenant, mais je n'ai jamais vu une demande, ou que ce soit, de cette nature.

Mme Maloff: L'Ontario est privilégiée en ce sens qu'il existe une formation en santé communautaire ainsi qu'un certain nombre de programmes de stages mis sur pied par les employeurs ainsi qu'à Ottawa. C'est lorsque l'on regarde ce qui se passe dans les autres provinces qu'on constate des lacunes encore plus importantes.

Ms Greene: The other thing I wanted to ask about is to do with the elderly. I see more and more elderly simply going to the frozen foods section and picking up frozen meals—that is my mother, her menu—and all these sorts of things. I am

Mme Greene: Je voulais également poser une question à propos des personnes âgées. Je vois de plus en plus de personnes âgées acheter des repas congelés—c'est ce que fait ma mère, c'est son menu—etc. Je me demande s'ils sont bons

[Texte]

just wondering if these are healthy. It is a simple answer to a lot of their problems. The food from the Meals on Wheels looks exactly the same, you know, the little packages they bring out. I am just wondering if this is an area in which people are not getting proper nutritional value from these prepared dinners.

Ms Maloff: It is difficult to single out one food. When we look at the diet, we look at mixtures of foods. There are many options and choices within the diet. I think a particular food or product over and over, to the exclusion of others, may contribute to decreasing nutritional health; however, I think it is difficult to single out one particular food.

You are raising the more important and critical point we have tried to identify in our brief, point of purchase education and skills in terms of food choices, label reading, and the complexities of the kinds of restrictions or modifications needed in the diet, particularly the elderly.

This is where that kind of information becomes much more critical and much more essential. It is therefore absolutely required if they are going to face the 12,000 products in the store and make the kinds of decisions you are talking about.

Ms Greene: Have you done anything in that area to provide better information to seniors? It seems to me that those packaged food dinners are becoming a major source of the diet for quite a few of them.

Ms Maloff: Dieticians and nutritionists across Canada, through their provincial associations and through the places of employment—in particular, community health settings—have moved into supermarket education. They are working in collaboration with industry to support that kind of information going out.

In Ontario and all the way to British Columbia you will find organized tours and programs where people are taken into settings at point of purchase, where skills are developed. But you have to recognize that when you are talking about 200 people across Canada trying to reach a significant portion of Canadians, there are limitations and gaps.

Ms Greene: Perhaps there could be some kind of labelling. Loblaw's is now trying to label various things that are visually readable. Obviously they are not going to be reading the sides of the package with the small print. Some kind of seal of approval or something of that nature...?

Ms Maloff: Certainly there is no question that nutritionists have worked in collaboration with the stores to assist them with such programs. But I think the more important point is that not everybody can get to the store to access that information.

We have also identified the problem of literacy and cultural barriers. That kind of information requires a different kind of service as well to provide that information.

Mrs. Clancy: The question of the frozen foods would of course be a cost question as well. A number of elderly people would not be able to afford it.

[Traduction]

pour la santé. Ils sont une solution simple à bien de leurs problèmes. Les aliments du service de repas à domicile ont exactement la même apparence, puisqu'ils se présentent sous forme de petits paquets. Je me demande si ces repas préparés ont véritablement une valeur nutritive.

Mme Maloff: Il est difficile d'isoler un aliment. Le régime se compose en effet de plusieurs aliments. Le régime offre beaucoup d'options et de choix. À mon avis, le fait de privilégier un aliment ou un produit particulier, à l'exclusion des autres, peut contribuer à une baisse de la santé nutritionnelle; je pense toutefois qu'il est difficile d'isoler un aliment particulier.

Vous soulevez le point le plus important et le plus essentiel que nous avons tenté de préciser dans notre mémoire, soit l'éducation au point de vente et les compétences en matière de choix d'aliments, déchiffrement des étiquettes ainsi que des complexités des genres de restrictions ou de modifications indispensables au régime, notamment celui des personnes âgées.

C'est à ce niveau-là que ce genre d'information devient beaucoup plus essentielle. Elle est par conséquent absolument nécessaire pour les personnes âgées qui se retrouvent face aux 12,000 produits du magasin et qui doivent prendre le genre de décisions auxquelles vous faites allusion.

Mme Greene: Qu'avez-vous fait dans ce domaine pour mieux informer les personnes âgées? Il me semble que ces repas emballés constituent de plus en plus la majeure partie du régime d'un bon nombre d'entre elles.

Mme Maloff: Diététiciens et nutritionnistes du Canada, par l'entremise de leurs associations provinciales et de leur lieu de travail—notamment, dans le domaine de la santé communautaire—tentent actuellement d'apprendre aux personnes âgées comment faire leurs courses au supermarché. Ils travaillent en collaboration avec l'industrie pour que ce genre d'information soit transmise.

En Ontario et jusqu'en Colombie-Britannique, des visites organisées permettent d'amener ces personnes dans des points de vente et de leur offrir des programmes visant à améliorer leurs compétences d'acheteurs. Mais il faut reconnaître qu'il y a des limites et des lacunes dans un système où seulement quelques 200 personnes travaillent et essaient d'atteindre une partie importante de Canadiens.

Mme Greene: On pourrait peut-être prévoir une étiquette particulière. La chaîne Loblaw's s'efforce actuellement d'avoir des étiquettes facilement lisibles. En effet, les personnes âgées ne vont souvent pas lire les côtés du paquet en petits caractères. On pourrait penser à une estampille de prolongation ou à quelque chose du même genre...?

Mme Maloff: Il ne fait certainement aucun doute que les nutritionnistes ont travaillé en collaboration avec les magasins pour aider ces derniers à instaurer de tels programmes. Mais il reste toutefois que ce n'est pas tout le monde à qui s'adresse ce genre d'information.

Nous avons également relevé le problème de l'alphabétisation et des barrières culturelles. Ce genre d'information exige donc en plus un autre genre de service.

Mme Clancy: La question des aliments congelés fait intervenir la question du coût également. Plusieurs personnes âgées n'ont pas les moyens de se les offrir.

[Text]

Secondly, I am not sure if all of my colleagues here realize just how small your profession is across the Canadian populace. This question of getting internships is not a new problem. When I graduated from Mount Saint Vincent 20 years ago, my room-mate had her degree in nutrition. She had to move from the Atlantic—it is a microcosm of what happens in Canada all the time—because the only internship she could get was in Hamilton. Nothing against Hamilton. . . oh, my colleague from Hamilton has gone.

There were no internships available in the Atlantic, which I believe has four schools. Maybe we have too many schools in Atlantic Canada. That may be part of our problem. It is a very small profession.

I would also like to make the comment that in eight years of dealing with your colleagues, the sense I have received of your profession is that leaving stones unturned is not a characteristic of home economists and dieticians generally.

I think the problem with internships is certainly a problem of funding, right across the board. With the greatest of respect to Dr. Halliday, we do not want to see women's professions in particular being undervalued in the sense of payment. I know how difficult it was to intern and the cost. I have a couple of doctors in my family who went through the same thing, and God knows I made \$50 a week as an articling student 15 years ago. I know how bad it is, but I think it would be most counterproductive to have a profession that is so heavily dominated by women suddenly say yes, we will take a lesser amount.

• 1100

Mr. Wilbee: A very sexist remark.

Mrs. Clancy: I know; I am known for them.

Ms Power: Just to follow up on your point, Mrs. Clancy, the situation that existed 20 years ago, as you describe it, still exists to a very large extent. Yes, we have done as much as we possibly can, but in many areas of Canada there are particular problems. Being a maritimer, I would note—we go way back, although you may not know it—that the problem continues to exist, unfortunately.

Mr. Wilbee: Our time is gone, but I would just like to comment. I think the comments that have been made here today are really the crux of the matter. Mary mentioned her mother and Barb mentioned her mother. My mother's idea of a good meal is fried potatoes with HP sauce and cheesies. For variety she will have some fried bacon. She has had hypertension and all the rest of it.

I think this is a big concern. We have talked about the single portion. More and more we are going to see people living alone buy a loaf of bread—what do you do with the rest of the bread? When I was a kid, the local restaurants used to have specials for the single men around, who would go in and have one meal a day.

[Translation]

Deuxièmement, je ne suis pas sûre que tous mes collègues se rendent compte du petit nombre que vous représentez par rapport à la population canadienne. La question d'obtenir un poste de stagiaire n'est pas un problème d'aujourd'hui. Lorsque j'ai terminé mes études à l'université Mount Saint Vincent il y a 20 ans, la personne qui partageait ma chambre avait un diplôme en nutrition. Elle a dû partir de la région atlantique—microcosme de ce qui se passe au Canada—étant donné qu'elle ne pouvait avoir de poste de stagiaire qu'à Hamilton. Je n'ai rien contre Hamilton—oh, mon collègue d'Hamilton est déjà parti.

Elle ne pouvait pas faire son stage dans la région de l'Atlantique où, si je ne me trompe pas, il y a quatre écoles. Peut-être avons-nous trop d'écoles dans cette région-là. Cela peut expliquer en partie le problème. Les membres de la profession sont très peu nombreux.

J'aimerais également faire remarquer qu'au cours des huit années où j'ai traité avec vos collègues, je me suis aperçue que les spécialistes en économie domestique et les diététiciens en général s'ingénient à remuer ciel et terre.

À mon avis, le problème des stages est avant tout un problème de financement généralisé. Avec tout le respect que je dois à M. Halliday, nous ne voulons pas que des professions féminines soient sous-évaluées en matière de paiement. Je sais combien il était difficile de trouver des postes de stagiaires ou d'internes et d'en assumer les coûts. Il y a dans ma famille quelques médecins qui ont vécu la même expérience et j'ai moi-même gagné 50\$ par semaine comme étudiante stagiaire il y a 15 ans. Je sais que c'est très pénible mais il serait tout à fait contre-productif de voir une profession à très forte majorité féminine se déclarer en faveur d'une diminution de rémunération.

M. Wilbee: Votre remarque est très sexiste.

Mme Clancy: Je le sais, c'est ce qui fait ma réputation.

Mme Power: J'aimerais continuer sur ce point, madame Clancy, pour dire que la situation qui prévalait il y a 20 ans, telle que vous la décrivez, existe encore dans une très large mesure. Nous avons effectivement fait tout ce que nous pouvions faire, mais dans de nombreuses régions du Canada, des problèmes particuliers se posent. Originaires des Maritimes, j'aimerais souligner—nous avons beaucoup d'expérience dans ce domaine même si vous ne vous en doutez pas—que le problème continue malheureusement à se poser.

M. Wilbee: Nous n'avons plus de temps, mais j'aimerais faire quelques commentaires. Les observations faites aujourd'hui représentent véritablement le noeud de l'affaire. Mary a parlé de sa mère, tout comme Barb. Pour ma mère, un bon repas consiste en patates frites arosées de sauce HP et de fromage. Pour varier, elle ajoute du bacon frit. Elle fait de l'hypertension, etc.

Il me semble que cela est très préoccupant. Nous avons parlé de la portion individuelle. Nous allons de plus en plus voir des gens qui vivent seuls obligés d'acheter un pain entier—que font-ils de ce qui en reste? Lorsque j'étais enfant, les restaurants du coin offraient des repas spéciaux pour les célibataires qui les fréquentaient une fois par jour.

[Texte]

In your brief you talked about having three meals a day. I am not convinced it is necessary to have Meals on Wheels three times a day. How do you time the seniors' breakfast, for example? As for variety, you talk about their ethnic foods and so on. It is just so complex. To me, one of the major health problems we are facing is this feeding of our seniors. It is more of a comment than a question, but you may want to comment on it.

Ms Sharp: I would comment that the emphasis in the brief in talking about three meals a day and seven days a week really is not because people need to eat three times a day. The message is that you need a certain amount of food in one day and you do not get it in one meal or one sitting, particularly the elderly who tend to eat smaller amounts at any time. The emphasis was not one, two or three but the total requirement for a day for anyone is not provided—

Mr. Wilbee: Do you have alternatives to Meals on Wheels or for these single. . . ? My riding has a lot of retired people, a lot of widows and so on. They love their sweets and their tea and toast.

Ms Sharp: It is not contributing to their health, as we see it.

Mr. Wilbee: Do you have any solution? What can communities and governments do to assist these people? Are there community cafeterias? What are we talking about?

Ms Maloff: There are a number of programs that have been developed with innovations to show us different ways to meet these problems you have suggested. Some of them are outreach where people collect in group meal sites where they go out. In other cases, it may be some limited but available support on a daily basis coming in to help them with preparing some meals and leaving them with some others to prepare on their own.

I think equally as important there have been some very exciting projects that have been actually funded through the government as demonstration projects to look at how a peer program can assist each other. Those in the elderly population who have the health and skills can share that knowledge with their peers and make a significant improvement in the knowledge and skills.

There is a whole variety of ways that we can deliver. I think the message about the three meals seven days a week is that for a small portion, it may be needed but for others there is a whole range of other ways we can deliver quality food throughout the day in very cost-effective ways.

Mr. Wilbee: In our community we use homemakers quite a bit to go out and prepare two or three days' meals and have them in the freezer with instructions written. Also volunteers will go into the homes of these people.

[Traduction]

Dans votre mémoire, vous parlez de trois repas par jour. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de recourir au service de repas à domicile trois fois par jour. À quelle heure fixez-vous le repas des personnes âgées, par exemple? Au sujet de la variété, vous avez parlé de leurs aliments ethnique, etc. Tout est si complexe. À mon avis, c'est l'alimentation de nos personnes âgées qui pose le plus grand problème de santé aujourd'hui. Il s'agit plus d'une observation que d'une question, mais vous souhaitez peut-être commenter.

Mme Sharp: Si le mémoire parle de trois repas par jour, sept jours par semaine, ce n'est vraiment pas parce que nous avons besoin de manger trois fois par jour. En fait, vous avez besoin d'une certaine quantité d'aliments au cours de la journée que vous n'absorbez pas au cours d'un seul repas. Cela s'applique notamment aux personnes âgées qui ont tendance à manger de plus petites quantités. L'accent n'est pas mis sur un, deux ou trois repas mais plutôt sur le fait que les aliments requis pendant la journée ne sont pas fournis.

M. Wilbee: Avez-vous des solutions de rechange à proposer au service de repas à domicile ou à ces portions individuelles. . . ? Il y a dans ma circonscription beaucoup de personnes à la retraite, beaucoup de veuves, etc. Ces personnes aiment les bonbons, le thé et les tartines.

Mme Sharp: Cela ne contribue pas à leur santé, comme nous le voyons.

M. Wilbee: Avez-vous une solution à proposer? Comment les collectivités et les gouvernements peuvent-ils aider ces personnes? Y a-t-il des cafétérias communautaires, etc.?

Mme Maloff: Plusieurs programmes novateurs nous montrent diverses façons de résoudre les problèmes que vous venez de mentionner. Certains sont des programmes d'action sociale permettant aux gens de se regrouper au moment des repas lorsqu'ils font des sorties. Dans d'autres cas, l'aide peut être limitée, tout en étant offerte chaque jour. On prépare ainsi des repas pour des personnes âgées ou on les aide à les préparer elles-mêmes.

Quelques projets très intéressants sont tout aussi importants. Je pense notamment à des projets financés par le gouvernement comme projets pilotes visant à évaluer les programmes de pairs. Les personnes âgées qui ont la santé et les compétences nécessaires peuvent partager ces connaissances avec leurs pairs et améliorer ainsi les connaissances et les compétences de ces derniers.

Nous pouvons répondre aux attentes de multiples façons. Trois repas par jour, sept jours par semaine, conviennent à une petite partie de la population. Pour les autres personnes, nous pouvons trouver des façons très rentables de leur apporter une alimentation de qualité.

M. Wilbee: Dans notre collectivité, des aides ménagères préparent des repas pour deux ou trois jours qu'elles congèlent avec mode d'emploi. Il y a aussi bénévoles itinérantes.

[Text]

[Translation]

• 1105

Ms Maloff: In the United States, and I believe elsewhere, there are examples of hospitals and institutions that are preparing meals and providing them at a very reasonable cost to individuals in the community. They can take them home and do exactly what you are saying. Again, it just illustrates the kinds of innovations that are occurring that support improved health.

Mr. Halliday: I would be betraying my conscience if I did not ask something more about funding. Three or four comments were made in the course of your presentation. One was that the Canada Health Act presently insures services and institutions, but not anything in the community, and I understand that. You said that there should be insured services of your professional type in the community. Then, near the beginning, you mentioned that current financing methods fail to provide the kinds of services that we need to have.

Lastly, you mentioned also that you believed in the philosophy of individual responsibility for one's own health. What I am asking is, if we are going to recommend in this area what you feel we should do to improve the provision of dietetic services, we are going to have to have some idea of the costs, or else we are not really being very meaningful. I know you do have not have it with you today, but can you provide us with some idea of the projected cost you have in that regard. Finally, you mentioned this individual responsibility for one's own health. To what extent would you think it reasonable to expect people who are able to pay to contribute something to their own health care costs? You infer that in that statement of individual responsibility, and I wonder what you meant by that.

Ms Maloff: I think we need to establish what we consider as basic health services, which includes access to nutrition services. There may be additional or supplementary kinds of services that would be on a cost-shared basis with the individual. I think our brief and our basic tenet at this point in time is that there is a level of service which is required across Canada for Canadians. We are a long way from meeting that basic service. A good example was the relationship of one per 50,000 for community health services.

Mr. Halliday: Maybe we could get further information from the witnesses by mail later. Our staff would circulate it to us. Thank you very much.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Halliday. To the witnesses, I extend to you our sincere thanks for appearing.

I think it is evident by the questions today that there are concerns. It was brought to my attention the other night. My mother, who is a nurse, and has cooked nutritional meals for probably 35 to 45 years, was having tea and toast Saturday

Mme Maloff: Aux États-Unis, et ailleurs aussi je crois, il y a des hôpitaux et des établissements de santé qui préparent des repas et qui les offrent à des prix très raisonnables aux personnes du voisinage. Celles-ci peuvent les emporter, exactement comme vous dites. Je le répète, cela illustre simplement les moyens originaux qu'on utilise maintenant pour améliorer la santé.

M. Halliday: Je me trahirais, si je ne vous posais pas certaines questions à propos du financement. Au cours de votre exposé, vous avez formulé trois ou quatre observations. Vous avez signalé notamment que la Loi canadienne sur la santé assure actuellement les services et les soins donnés en établissement, mais ne finance aucun service communautaire, et je le comprends. Vous avez dit aussi que les services professionnels du genre de ce que vous dispensez dans la communauté devaient être assurés. Puis, au début de votre intervention, vous avez mentionné que les méthodes de financement actuelles ne répondaient pas à nos besoins de services.

Enfin, vous avez signalé également que vous croyez que l'individu devrait être le premier responsable de sa santé. Ma question est la suivante: Si nos recommandations doivent s'inspirer de votre impression des mesures qu'il faudrait prendre pour améliorer la prestation des services diététiques, il faudra avoir une certaine idée des coûts que cela entraînera, sans quoi nos recommandations n'auront pas tellement de sens. Je sais que vous n'avez pas ces données en mains, mais vous pourriez nous en fournir un aperçu un peu plus tard. Finalement, vous avez parlé de la responsabilité de l'individu face à sa santé; à votre avis, ceux qui en ont les moyens devraient-ils raisonnablement pouvoir participer au financement des soins dont ils ont besoin? Vous y faites allusion dans votre description de la responsabilité de l'individu et je me demande ce que vous entendez par là.

Mme Maloff: Nous devons, à mon point de vue, établir ce que nous entendons par services de santé de base, incluant l'accès aux nutritionnistes. Il y aurait peut-être aussi d'autres services dont le financement pourrait être partagé entre l'État et l'individu. Dans notre mémoire et en vertu des principes que nous défendons, nous croyons qu'il existe un niveau de services qui doivent être assurés à tous les Canadiens quel que soit l'endroit où ils vivent. Nous sommes loin de remplir cet objectif. Le ratio de 1 à 50,000 pour la prestation des services de santé communautaires en est un bon exemple.

M. Halliday: Peut-être serait-il préférable que les témoins nous envoient les renseignements supplémentaires dont nous avons besoin par courrier. Nos attachés pourraient nous les distribuer en temps opportun. Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, docteur Halliday. Je remercie également bien sincèrement les autres témoins d'avoir bien voulu comparaître devant nous.

Je crois que les questions qui ont été posées aujourd'hui nous permettent de nous rendre à l'évidence que les objets de préoccupations ne manquent pas. J'en ai pris conscience l'autre soir. Ma mère, qui est infirmière, et qui prépare des

[Texte]

night when I stopped in. I have a daughter-in-law who is a specialist in child education. She counsels children. A lot of the problems are family-related, drug-related, but very often it is the child's nutritional problems. Breakfast, if it is had at all, is usually something grabbed on the run. Lunch is often some change for the machines at the school, which is usually pop and chips. Then we wonder why we have some of these problems out there.

I think the staff and I have commented from time to time, wondering whether there is anybody of your profession on Parliament Hill. We eat in the cafeterias here. I will tell you, I question that at times. Some of us have probably eaten alone for the first time in many years. I have some very fuzzy green things in my fridge from time to time, which I usually clean out the week before my wife arrives in Ottawa.

We are all concerned and aware of it, and we do appreciate your testimony here today. We would certainly thank you for any further information you can provide this committee with. To each of you, I do thank you sincerely on the behalf of the committee.

Tomorrow, just for the information of the committee, we are moving into main estimates. The witness will be the Hon. Perrin Beatty. Members, please keep that in mind: Room 260, West Block, at 3.30 p.m.

By the way, Maureen, do you have another meeting?

Ms Maureen Baker (Committee Researcher): Just tomorrow.

The Chairman: Maureen, as you know, will be leaving the committee. She is going onward and upward to bigger and better things. She is going to McGill very shortly, and on behalf of the committee I would like to sincerely thank her for the work she has done for the committee.

• 1110

Mr. Wilbee: Does this mean the committee will have to disband?

The Chairman: It may completely fall apart at this time. The competition Maureen won was open in Canada and the United States, so I think it certainly speaks highly of the calibre of person we have working with us here. We wish her every success in her future career.

Ms Baker: Thank you very much.

The Chairman: At this time I would declare the meeting adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

repas nutritifs depuis 35 ou 45 ans, s'apprêtait à prendre ses rôties et son thé, samedi soir dernier, lorsque je me suis présentée à la maison. Ma bru est spécialiste en éducation pour enfants. Elle conseille les enfants. Les problèmes qu'elle traite sont liés aux relations familiales, à la drogue mais très souvent aussi aux problèmes de nutrition. Le petit déjeuner est habituellement pris à la hâte, quand il l'est. Pour déjeuner, on se contente généralement d'une boisson gazeuse et de croustilles, qu'on prend dans la machine distributrice à l'école, puis, l'on se demande pourquoi les élèves ont des problèmes.

J'en parle de temps à autre avec les collègues, nous nous demandons s'il y a des nutritionnistes sur la Colline. Vous savez, nous mangeons dans des cafétérias ici. Laissez-moi vous dire que je me pose parfois ce genre de questions. Certains d'entre-nous n'avaient pas l'habitude de manger seuls et c'est la première fois qu'ils le font depuis bien des années. J'ai parfois de très étranges petites choses vertes dans mon réfrigérateur et je m'empresse habituellement de jeter au cours de la semaine précédant l'arrivée de mon épouse à Ottawa.

Nous sommes tous conscients de ces choses, et cela nous permet de nous rendre compte de l'importance de votre témoignage ici aujourd'hui. Nous vous saurions certes très reconnaissants de nous fournir des renseignements supplémentaires à ce propos. Je vous répète que je remercie chacun d'entre vous bien sincèrement au nom des membres du Comité.

À titre de renseignements, je vous signale que demain, nous aborderons l'étude du budget de dépenses principales. Le témoin que nous entendrons sera l'honorable Perrin Beatty. Je vous rappelle que la séance se tiendra à la Pièce 260, à l'Édifice de l'Ouest à 15h30.

Incidentement, Maureen, participerez-vous une autre séance?

Mme Maureen Baker (rechercheuse du Comité): Juste demain.

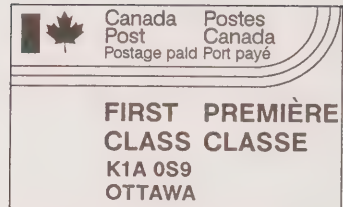
Le président: Comme vous le savez sans doute, Maureen quittera le Comité. Elle passe à d'autres choses, plus importantes. Elle s'en va très bientôt à l'Université McGill. Au nom des membres du Comité, je la remercie bien chaleureusement du travail qu'elle a accompli pour nous.

M. Wilbee: Cela signifie-t-il la fin du Comité?

Le président: Il se pourrait qu'il soit déboussolé pour l'instant. Le concours que Maureen a remporté avait été ouvert aux candidats du Canada et des États-Unis. Par conséquent, sa réussite en dit long sur le calibre de la personne qui travaillait pour nous. Nous lui souhaitons beaucoup de succès dans sa carrière future.

Mme Baker: Merci beaucoup.

Le président: La séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 9:00 a.m.:

From the Canadian Centre for Occupational Health and Safety:
Maureen Shaw, Chairman of the Council of Governors.

At 10:00 a.m.:

From the Canadian Dietetic Association:
Shirley Power, President;
Bretta Maloff, Director, Nutrition Division, Calgary Health
Services;
Marsha Sharp, Executive Director.

TÉMOINS

À 9 h 00 :

Du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail:
Maureen Shaw, présidente du Conseil des gouverneurs.

À 10 h 00 :

De l'Association canadienne des diététistes:
Shirley Power, présidente;
Bretta Maloff, directrice, Secteur alimentation, Calgary
Health Services;
Marsha Sharp, directrice administrative.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 28

Wednesday, May 2, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 28

Le mercredi 2 mai 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Main Estimates 1990-91: Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 and 35 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1990-1991: crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 et 35 sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Perrin Beatty,
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Perrin Beatty,
Ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

ORDER OF REFERENCE*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons:*

Thursday, February 22, 1990

ORDERED,—Pursuant to Standing Order 81(6),—That the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1991, laid upon the Table earlier this day, be referred:

To the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Employment and Immigration, Votes 25 and 35

National Health and Welfare, Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 and 35.

ATTEST

ROBERT MARLEAU

*Clerk of the House of Commons***ORDRE DE RENVOI***Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes:*

Le jeudi 22 février 1990

IL EST ORDONNÉ,—Conformément à l'article 81(6) du Règlement,—Que le Budget des dépenses principal pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1991, déposé sur le Bureau plus tôt aujourd'hui, soit déferé:

Au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine

Emploi et immigration, crédits 25 et 35

Santé nationale et Bien-être social, crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 et 35.

*ATTESTÉ**Le Greffier de la Chambre des communes*

ROBERT MARLEAU

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, MAY 2, 1990
(36)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:38 o'clock p.m. this day, in Room 269, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, John Cole, David Dingwall, Barbara Greene, Bruce Halliday, Joy Langan, Brian White, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Joe Fontana for Paul Martin; Beryl Gaffney for Albina Guarnieri.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Maureen Baker, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Appearing: The Honourable Perrin Beatty, Minister of National Health and Welfare.

The Order of Reference dated Thursday, February 22, 1990, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1991, being read as follows:

*Ordered,—*That Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 and 35 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

The Chairman called Vote 1.

The Minister made a statement and answered questions.

At 5:11 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 2 MAI 1990
(36)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 15 h 38, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, John Cole, David Dingwall, Barbara Greene, Bruce Halliday, Joy Langan, Brian White et Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Joe Fontana remplace Paul Martin; Beryl Gaffney remplace Albina Guarnieri.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Maureen Baker, Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Comparent: l'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Lecture est donnée de l'ordre de renvoi du jeudi 22 février 1990, portant sur l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice clos le 31 mars 1991:

*Il est ordonné,—*Que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 et 35, sous SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL, soient renvoyés au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

Le président met en délibération le crédit 1.

Le ministre fait un exposé et répond aux questions.

À 17 h 11, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Texte]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Wednesday, May 2, 1990

• 1538

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum. We are dealing with an order of business under the main estimates for 1990-91, for the Department of National Health and Welfare, votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 and 35.

I will now call vote 1, and at this point it is my pleasure to welcome the Hon. Perrin Beatty, Minister of National Health and Welfare. Mr. Beatty, I am sure it is because of your presence that we have such a good turn-out of committee members.

Hon. Henry Perrin Beatty (Minister of National Health and Welfare): Mr. Chairman, with the indulgence of the committee, I wonder whether I might make some prefatory remarks.

• 1540

The Chairman: Yes, I will allow that. We will do that.

Mr. Beatty: Although Mr. Dingwall might be more interesting than I am.

The Chairman: Mr. Dingwall, we will include the—

Mr. Dingwall (Cape Breton—East Richmond): Let us take a vote on that.

The Chairman: We will try to keep the intervention of the questioners as well as the answers from the minister within a 10-minute time segment.

Mr. Beatty: I have brought some very long answers with me too, Mr. Chairman.

The Chairman: So your long, rambling questions will take part of your 10-minute answers.

With that, Mr. Minister, we look forward to your testimony before the committee here today.

Mr. Beatty: Thank you very much, Mr. Chairman.

I think the committee no doubt will be interested in hearing from Mr. Dingwall, and one of the things I might do just at the outset is to congratulate him on the article that appeared, as an op-ed piece I believe, in *The Halifax Chronicle-Herald* a couple of days ago, with regard to elder abuse. I think many of the statistics he used in that were drawn from a report that was commissioned by our department, and he raised a number of important issues that deserve the attention of Parliament and of the government.

I am pleased to be here this afternoon to discuss the 1990-91 main estimates. These estimates show that my department plans to spend more than \$33 billion this year, an increase of 5.5% over last year. There is no denying that last February's budget required a number of difficult decisions in order to get our national debt under control. It is crucial, for the very survival of our social programs, that we make progress in reducing the deficit.

[Traduction]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mercredi 2 mai 1990

Le président: La séance est ouverte. Nous avons le quorum. Nous étudions le budget principal des dépenses de 1990-91 et plus précisément les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 et 35 du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Je vais mettre à l'étude le crédit 1 et j'ai le plaisir d'accueillir l'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Monsieur Beatty, c'est à votre présence, j'en suis sûr, que nous devons d'être si nombreux.

L'honorable Henry Perrin Beatty (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Monsieur le président, si vous le permettez, je voudrais faire quelques observations préliminaires.

Le président: Allez-y.

M. Beatty: Même si M. Dingwall est peut-être plus intéressant que moi.

Le président: M. Dingwall, nous allons inclure. . .

M. Dingwall (Cape Breton—Richmond—Est): Votons sur cette question.

Le président: Nous essaierons de limiter à 10 minutes la période de questions, y compris les réponses du ministre.

M. Beatty: J'ai apporté avec moi de très longues réponses, monsieur le président.

Le président: Vos réponses longues et interminables seront incluses dans les 10 minutes.

Cela dit, monsieur le ministre, nous sommes prêts à entendre votre témoignage.

M. Beatty: Merci beaucoup, monsieur le président.

M. Dingwall pourra sans doute en parler lui-même au comité, mais je tiens d'abord à le féliciter pour l'article publié, il y a quelques jours, dans le *Chronicle-Herald*, de Halifax, au sujet des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Je crois que la plupart des statistiques qu'il a citées venaient d'un rapport préparé pour le compte de notre ministère. Il a soulevé là plusieurs questions importantes qui méritent toute l'attention du Parlement et du gouvernement.

Je suis content de l'occasion qui m'est donnée cet après-midi de vous parler du Budget principal des dépenses de 1990-1991. Le budget indique que mon ministère compte dépenser plus de 33 milliards de dollars cette année, soit une augmentation de 5,5 p. 100 par rapport à l'année dernière. On ne peut pas cacher, cependant, que des décisions difficiles ont dû être prises dans le budget de février dernier pour empêcher que la dette nationale ne prenne des proportions incontrôlables. Il est capital pour la survie même de nos programmes sociaux que nous réussissions à réduire le déficit.

[Text]

Transfers to the provinces were simply too large a slice of the federal government's spending for us to ignore on the budget's expenditure control program. Since 1984-85, transfers to provinces have been growing considerably faster than other federal programs. EPF transfers, for example, grew at a rate of 6.3%, compared to 3.6% for federal program spending overall.

Even in these budget measures, we were sensitive to the needs of the financially weaker provinces. Canada Assistance Plan payments are not affected for equalization-receiving provinces, and even for the fiscally stronger provinces these payments will be able to grow by 5%. The simple fact is that Ontario, British Columbia, and Alberta can better afford to bear any burden beyond 5% at present than can the federal government.

I was surprised to see the headline in *The Toronto Star* the morning after the federal budget that read "Ontario Hardest Hit"—and yet just the day before, the Hon. Robert Nixon, Ontario's treasurer, announced that he had just found \$950 million in, in his words, "unanticipated revenues", which more than balanced Ontario's budget.

This message was reinforced in Ontario's new budget released last week, which detailed rich new expenditure programs. My estimates are that program spending in Ontario is really growing at a faster than 10% increase next year, more than three times the rate of federal program spending next year.

While my home province has been enjoying a particularly strong economic period over the past few years, their fiscal position is not unique. In Ontario today, only 10.5¢ out of every tax dollar goes to cover interest on debt. The average for all provinces is 11.8¢. But for the federal government, interest on the debt consumes a full 35¢ of every tax dollar. It simply makes no sense to have the federal government increase its borrowings and deepen the federal deficit in order to transfer money at an even faster rate to jurisdictions that have lighter deficits, or even surpluses.

For too long we have simply run up bills to be left for our children to pay. Today we see the effects of that spending when interest charges on the national debt will cost us more than federal spending on medicare, pensions, family allowances, AIDS, medical research, and the Canada Assistance Plan combined. The very survival of our social safety net requires that we reverse this trend.

It is not easy to set priorities in a period of restraint, but the federal government is not abandoning its responsibility to find new ways to improve the health and welfare of Canadians. We are moving aggressively on tobacco, AIDS, food safety, drugs, and children's issues, among others.

[Translation]

Les transferts aux provinces représentaient une trop grosse portion des dépenses fédérales pour échapper au programme de restriction des dépenses annoncé dans le budget. Depuis l'année 1984-1985, ces transferts ont augmenté beaucoup plus rapidement que les dépenses des programmes fédéraux. Les programmes du FPE ont grimpé à un rythme de 6,3 p. 100 comparativement à 3,6 p. 100 pour les programmes fédéraux.

Même là, nous avons toutefois été sensibles aux besoins des provinces moins bien nanties. Les paiements du Régime d'assistance publique du Canada n'ont pas été touchés dans les provinces visées par le système de péréquation. Même les provinces plus fortes financièrement verront ces paiements augmenter de 5 p. 100. Le fait est que l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont les moyens, plus que le gouvernement fédéral en ce moment, de supporter un déficit au-delà de 5 p. 100.

Je n'ai pas très bien compris que le *Toronto Star* titre à la une le lendemain du discours du Budget que l'Ontario était la plus durement la plus touchée. La veille même, l'honorable Robert Nixon, trésorier de l'Ontario annonçait qu'il venait de trouver des rentrées imprévues de 950 millions de dollars. N'est-ce pas amplement suffisant pour rééquilibrer le budget de l'Ontario?

Le nouveau budget de l'Ontario annoncé la semaine dernière renforce d'ailleurs ce message en faisant état de nouveaux programmes coûteux. D'après mes propres calculs, les dépenses de l'Ontario au titre des programmes augmentent plus rapidement que 10 p. 100 par année—en fait elles augmentent trois fois plus rapidement que les dépenses fédérales pour ces postes.

Même si ma province d'origine vit sous une bonne étoile financière depuis quelques années, elle est loin d'être la seule dans cette position financière. En Ontario aujourd'hui, seulement 10,5c pour chaque dollar de taxe va au service de la dette. Dans toutes les autres provinces, la moyenne est de 11,8c. Le gouvernement fédéral, lui, y consacre pas moins de 35c pour chaque dollar de taxe. Cela ne rime tout simplement à rien que le gouvernement fédéral augmente ses emprunts, et donc sa dette, pour transférer des sommes d'argent de plus en plus rapidement à des administrations dont la dette est moins importante.

Depuis trop longtemps, nous ne faisons qu'accumuler des factures que nos enfants devront régler. Aujourd'hui, nous voyons le résultat de toutes ces dépenses: nous paierons plus en frais d'intérêt pour la dette nationale que les dépenses fédérales combinées au titre de l'assurance-maladie, des pensions, des allocations familiales, du Sida, de la recherche médicale et du Régime d'assistance publique du Canada. Si nous voulons conserver notre filet de sécurité sociale, il faut absolument renverser cette tendance.

Il n'est pas facile d'établir des priorités en période de restrictions budgétaires, mais le gouvernement fédéral ne renonce pas à son devoir de trouver des nouvelles manières d'améliorer la santé et la protection sociale des Canadiens. Nous livrons une lutte énergique contre le tabagisme, le Sida, les risques présents dans la réserve alimentaire, la drogue et les mauvais traitements infligés aux enfants.

[Texte]

On the topic of tobacco, we can start with good news. Over the past year we have made significant progress in the fight against smoking. We have raised taxes on cigarettes, because we know that consumption among kids is very sensitive to price increases. We have proposed that tougher warnings be placed on cigarette packages, and we have restricted tobacco advertising.

Statistics Canada figures released this week show that overall sales declined 10.2% in the first three months of 1990 compared to the same period last year. This information comes at the end of the first full quarter under regulations banning tobacco advertising and requiring manufacturers to put more prominent warnings on the front of cigarette packages.

• 1545

Events like this won Canada warm recognition at the recent World Conference on Tobacco, in Australia. In fact, two of the resolutions praise the Canadian government for a comprehensive approach, for a proposal to ban smoking on international flights.

Our next step is to make our laws to prevent the sale of tobacco to minors enforceable. For every 100,000 smokers who are 15 years old today, we estimate that before they reach 70 years of age, 1,200 will die from car accidents, 900 from suicide, 130 from murder, and an overwhelming 18,000 from smoking. Clearly, tobacco is a major threat to the lives of our children.

A recent survey in Edmonton showed that more than one-half of tobacco dealers surveyed were willing to sell to kids between the ages of 10 and 14. Application of the laws against selling tobacco to minors is scandalously uneven across the country. This brings the law itself into disrepute. Today, I am signing letters to the provinces and the territories asking for their co-operation in shutting the door.

I will propose a uniform national age below which a person cannot legally be sold tobacco products. I want cigarettes out of our high schools. To do this, we need provincial co-operation on a range of issues, from supervised access to vending machines to municipal by-laws on tobacco sales.

I want to see concerted national efforts to stop more of our kids from becoming hooked on cigarettes. Too many people have already lost their lives to tobacco, and it is time that we stop sacrificing our children to this deadly game of tobacco roulette.

The bad news on tobacco is that while the overall numbers are down, women remain the most loyal consumers. Teenage women have the fastest-growing group of smokers in Canada.

Now, many of us, Mr. Chairman, have seen an offensive ad portraying an American cigarette, Virginia Slims, which has as its slogan "you've come a long way, baby". It is part of a series that has been running for years. It is a series that

[Traduction]

Au sujet du tabac, commençons par les bonnes nouvelles. Cette dernière année, nous avons fait beaucoup de progrès. Nous avons haussé la taxe sur la cigarette, car nous savons que les hausses de prix jouent énormément sur la consommation chez les enfants. Nous avons recommandé que des messages plus explicites soient apposés sur les paquets de cigarettes. Et nous avons limité la publicité sur le tabac.

Des chiffres de Statistique Canada publiés cette semaine indiquent que les ventes globales de cigarettes ont baissé de 10,2 p. 100 durant le premier trimestre de 1990 comparativement à la même période l'année dernière. Ce communiqué paraît exactement un trimestre après l'adoption du règlement interdisant la publicité sur le tabac et obligeant les manufacturiers à poser des avertissements plus visibles sur le devant des paquets de cigarettes.

Ce sont des mesures comme celles-là qui ont valu au Canada un hommage chaleureux à la dernière Conférence mondiale sur le tabac en Australie. Même que deux des résolutions adoptées félicitent le gouvernement canadien pour son approche globale et pour son projet d'interdire le tabac sur les vols internationaux.

Notre prochaine étape est de faire en sorte qu'il soit interdit par la Loi de vendre des cigarettes aux mineurs. Pour chaque tranche de 100,000 fumeurs de 15 ans aujourd'hui, nous estimons qu'avant d'avoir atteint 70 ans, 1,200 seront morts dans un accident de la route, 900 se seront suicidés, 130 seront morts assassinés et 18,000, oui, 18,000 auront été victimes de la cigarette. Comment alors douter que le tabac soit une menace terrible pour la santé de nos enfants.

Un sondage récent à Edmonton indique que plus de la moitié des propriétaires de débits de tabac interrogés consentent à servir des jeunes de 10 à 14 ans. L'application des lois interdisant la vente de tabac aux mineurs est scandaleusement inégale d'une province à l'autre. La crédibilité de la Loi en souffre. Aujourd'hui, j'ai signé des lettres aux provinces et aux Territoires leur demandant leur collaboration pour corriger cette situation.

Je proposerais un âge minimum—qui sera le même à l'échelle du pays—auquel une personne pourrait légalement acheter des produits de tabac. Je désire débarrasser nos écoles secondaires du tabac. Pour cela, nous avons besoin de la collaboration des provinces à divers niveaux, depuis l'accès aux machines distributrices jusqu'à l'adoption de règlements municipaux sur la vente du tabac.

Je veux que des efforts nationaux concertés soient déployés pour empêcher qu'un plus grand nombre d'enfants ne deviennent dépendants de la cigarette. Le tabac nous a déjà coûté trop de vies; il est temps que nous arrêtons de sacrifier nos enfants à ce jeu mortel qu'est la roulette tabagique.

La mauvaise nouvelle, c'est que même si le nombre global de fumeurs est en baisse, les femmes restent des consommatrices tenaces. Le groupe de fumeurs qui grossit le plus au Canada est formé des fumeuses adolescentes.

Beaucoup ont vu la publicité choquante pour les cigarettes américaines *Virginia Slims* qui dit: *You've come a long way baby*. C'est triste, mais d'une certaine façon, c'est vrai. Le taux de cas de cancer lié au tabagisme chez les

[Text]

is both sexist and very damaging in terms of what it proposes to promote. Sadly, the claim they make is in some ways true. The incidents of smoking-related cancers for women is growing faster than the rate among men.

Our public awareness advertisements will place a new priority on women. You may have seen our new ads. They are highlighting Candy and Luba as positive role models who refuse to use tobacco. The focus of our "Break Free—Fumer c'est fini" campaign will focus in particular on 11-to 17-year-old young women.

Our Gallup Canada tracking study has shown that 90% of the youngsters surveyed were aware of our ads, and overall rates of smoking among teenagers are declining. Keeping up pressure like this means saving lives.

Certaines personnes m'ont demandé pourquoi ma plus grande priorité était le sida, surtout compte tenu du fait qu'il y a eu chaque année au Canada 3,700 décès causés par le sida, alors que le nombre de décès dus au cancer s'élevait à 50,000 et que les décès liés à une maladie cardiaque étaient au nombre d'environ 47,000.

Le sida reste ma plus grande priorité car cette maladie constitue à la fois une menace et une occasion prometteuse. Elle est une menace car l'Organisation mondiale de la santé estime à 5 milliards le nombre de personnes infectées par le VIH, et nous craignons que 50,000 Canadiens soient porteurs du virus. S'il n'y a aucune prévention, cette maladie pourra devenir la plus grande épidémie dévastatrice que le monde ait connue. Il s'agit également d'une occasion prometteuse car, contrairement au cancer ou aux maladies cardiaques, cette maladie est éminemment évitable. Chaque Canadien bien renseigné peut se protéger.

Notre préparation de la stratégie nationale anti-sida progresse de façon satisfaisante, et cette stratégie sera rendue publique le 28 juin. Nous avons obtenu une collaboration et une participation fantastiques de la part des provinces et des groupes communautaires.

• 1550

La stratégie ne sera pas une fin en soi. On y trouvera les principes à l'origine des rôles et des responsabilités de chacun des intervenants, y compris le rôle des dirigeants du gouvernement fédéral, pour que nous puissions rejoindre efficacement les personnes concernées et que nos travaux ne fassent pas double emploi.

De plus, pendant la préparation de la stratégie, nous ne sommes pas restés à rien faire. Nous avons entre autres mis en place un programme pilote de distribution d'aiguilles; adopté les lignes directrices sur le sida en milieu de travail; parrainé la plus importante conférence internationale jamais tenue sur le sida; mis sur pied un réseau d'essais cliniques qui favorisera des recherches plus nombreuses sur les nouveaux médicaments au Canada; traduit et diffusé de nouveaux films et vidéos qui, sans prendre des détours, mettent en garde les jeunes contre la menace du sida; et facilité l'accès aux médicaments d'essai par l'entremise du Programme des médicaments d'urgence.

[Translation]

femmes se rapproche de plus en plus de celui des hommes.

Nous accorderons une plus grande priorité aux femmes dans les annonces s'inscrivant dans le cadre de la campagne de sensibilisation du public. Vous avez peut-être déjà vu nos nouvelles annonces. Elles présentent Candy et, avant elle, Luba comme des modèles de comportement à suivre, car elles refusent de faire usage de tabac. Notre campagne *Break Free—Fumer, c'est fini* s'adressera tout particulièrement aux jeunes femmes âgées de 11 à 17 ans.

D'après les résultats d'un suivi publicitaire de la société Gallup Canada, 90 p. 100 des jeunes gens interrogés connaissent nos annonces, et le taux global de tabagisme chez les adolescents diminue. En maintenant ce rythme, nous sauvons des vies.

Some have asked why my greatest priority is AIDS, particularly when we have had 3,700 deaths from AIDS compared to more than 50,000 for cancer and about 47,000 for heart disease each year.

The answer is that it represents both a threat and an opportunity. It is a threat because the World Health Organization estimates 5 million people are infected with HIV and we fear 50,000 Canadians have the virus. Without prevention, it could become as devastating an epidemic as any the world has seen. It also represents an opportunity because unlike cancer or heart disease, it is eminently preventable. Each Canadian with the facts can protect himself or herself from this disease.

Our preparation of the national strategy on AIDS is on track and I will be releasing it June 28. We have received tremendous co-operation and participation from provinces and community groups.

The strategy will not be an end in itself. It will set out principles to guide the roles and responsibilities of each of the participants, including the leadership role of the federal government so that we accurately target the affected population and not duplicate our efforts.

And while the strategy was being prepared, we have not been standing still. Among all the efforts, we have introduced a pilot program for needle exchange; introduced federal guidelines on AIDS in the workplace; sponsored the largest international conference ever held on AIDS; set up a clinical trials network which will encourage more new drug research in Canada; produced and broadcast blunt new videos to warn young people about the threat posed by AIDS; and improved access to experimental drugs through the Emergency Drug Release Program.

[Texte]

I have asked Dr. Catherine Taylor of the University of Toronto to provide options for implementation of an AIDS treatment registry. We need a registry to ensure that patients and health professionals alike have the most accurate and timely information possible with promising treatments for AIDS. I have asked for this report by the end of June so that a registry can be up and running, along with the national strategy.

Next week I will be joining more than 140 other member states at the World Health Organization to discuss our global program on AIDS and how we might eliminate this threat in the 1990s. Thanks to Dr. Jonathan Mann, the global program on AIDS has made excellent progress, and I want to ensure that in any meetings with ministers and officials next week the momentum is maintained.

The first tough challenge I faced when I joined Health and Welfare Canada was the Chilean grape crisis which many of you will remember well. I learned a great deal about food safety in Canada. It became a personal priority for me to expand our capacity to respond in this area. Following that experience, I directed that an operations centre be established. It is now up and running, and just last month we had the first opportunity to test its ability to respond to emergencies. In less than 24 hours a phone hotline was set up which handled more than 4,000 calls concerning the withdrawal of insect repellents containing R-11.

Now, for its part, the federal food inspections system has served Canada well and is fundamentally sound. However, we need new resources to allow us to evolve in a rapidly changing environment. I am announcing today that we will be doubling our food inspection capacity at Health and Welfare. It is part of a new \$38 million multi-departmental program. These new resources, which are not yet reflected in the main estimates, will allow us to visit factories and packing plants more often. We are importing food from an ever growing list of countries, and we have not done business before with many of these countries. The new services will help us to keep on top of these imports and new environmental contaminants. National Health and Welfare, Agriculture, Fisheries, and Consumer and Corporate Affairs will share in this expansion. We are working together to adapt to a changing environment Band marketplace.

[Traduction]

J'ai demandé, plus récemment, au D^r Catherine Taylor, de l'Université de Toronto, de présenter des options de mise en oeuvre d'un registre des traitements antisida. Nous avons besoin d'un tel registre qui nous permettra d'assurer tant aux patients qu'aux professionnels de la santé la communication des renseignements les plus précis et les plus opportuns possible en ce qui concerne les thérapies prometteuses contre le SIDA. J'ai demandé de recevoir ce rapport avant la fin de juin de manière à monter un registre et à le rendre fonctionnel d'ici l'entrée en vigueur de la stratégie nationale.

Je me joindrai, la semaine prochaine, à plus de 140 autres états membres de l'Organisation mondiale de la santé pour étudier le Programme mondial de lutte contre le SIDA et les moyens à utiliser pour enrayer cette menace au cours des années 90. Grâce au D^r Jonathan Mann, le Programme mondial de lutte contre le SIDA a connu d'excellents progrès et, lorsque je rencontrerai d'autres ministres et représentants la semaine prochaine, je veux m'assurer que ce rythme sera maintenu.

La crise des raisins importés du Chili a été le premier défi de taille que j'ai dû relever après être devenu Ministre de Santé et Bien-être social Canada. J'ai beaucoup appris sur la sécurité des aliments au Canada et je me suis donné comme priorité d'accroître notre potentiel d'intervention dans ce domaine. Juste le mois passé, nous avons pu mettre à l'essai, pour la première fois, notre tout nouveau centre d'intervention d'urgence pour des questions de sécurité. En moins de 24 heures, un service téléphonique était mis sur pied et répondait à plus de 4,000 appels concernant le retrait des insecticides contenant du R-11.

Pour ce qui est du système fédéral d'inspection des aliments, il a bien servi le Canada et est un système tout à fait valable. Néanmoins, nous avons besoin de ressources nouvelles qui nous permettent de nous adapter à un environnement en constante mutation. Et je vous annonce aujourd'hui que je doublerai la capacité de Santé et Bien-être social Canada en matière d'inspection des aliments, dans le cadre d'un nouveau programme interministériel où seront injectés 38 millions de dollars. Ces nouvelles ressources, dont il n'est pas encore question dans le budget principal des dépenses, nous permettront de visiter des usines de conditionnement des aliments et d'autres établissements de l'industrie alimentaire plus souvent. Nous importons des aliments d'un nombre sans cesse croissant de pays, avec lesquels, dans bien des cas, nous n'avions jamais fait affaire jusque-là. Grâce aux nouveaux services qui seront créés, nous pourrions demeurer maîtres de la situation, en dépit de l'augmentation des importations et des nouveaux contaminants environnementaux. Les ministères de la Santé nationale et du Bien-être social, de l'Agriculture, des Pêches et des Océans, ainsi que de la Consommation et des Corporations, prendront part à cette expansion. Ils travaillent ensemble pour s'adapter à un milieu et à un marché en pleine évolution.

[Text]

At our food safety conference, which was held in Toronto in March, we brought together growers, manufacturers, consumers, and government departments for the first time to discuss how to strengthen confidence in the food that we eat. It was a highly productive meeting, and I have asked that follow-up regional consultations take place in Vancouver, Winnipeg, Guelph, Montreal, and Halifax in the near future.

Concern for the environment is not limited to the food we eat. Last year Dr. Halliday raised the problems of environmental sensitivity in this committee. It is an emerging issue, which we yet know very little about. As a result I have asked the department to sponsor a workshop this spring, the first of its kind, to convene scientists, physicians, and those affected by this problem. We hope to improve our understanding of the issues and to find better ways of treatment and prevention.

La Stratégie nationale anti-drogues était au premier rang de mes priorités l'année passée et elle continuera de l'être en 1990-1991. J'ai demandé à ce qu'une révision soit effectuée à mi-période du mandat afin que nous puissions réorienter nos efforts pour les rendre plus efficaces et augmenter le nombre de nos partenaires dans le secteur des affaires et celui des médias, plus particulièrement.

• 1555

Bien que les pays producteurs et les pays consommateurs n'aient pas ménagé leurs efforts, nous ne sommes pas parvenus à réduire le trafic international des drogues illicites. En fait, il semblerait plutôt qu'il y a eu augmentation de ce trafic.

Bien qu'il soit essentiel de réduire l'offre de drogue, au Canada, nous sommes déterminés à faire en sorte que le crime ne paie pas. La véritable solution à ce problème réside plutôt dans les efforts d'élimination de la demande.

J'ai exposé l'approche canadienne de réduction de la demande lors de la séance spéciale des Nations Unies sur les drogues qui s'est tenue à New York et lors de la Conférence ministérielle mondiale sur les drogues qui s'est tenue à Londres le mois passé. C'est avec satisfaction que je constate que le principe défendu par le Canada gagne des adeptes partout dans le monde.

La dernière priorité dont je parlerai cet après-midi concerne les enfants et les familles canadiennes.

Cette année, nous mettrons au point une approche nationale visant à prévenir la violence familiale. À cet égard, je devrais recevoir le mois prochain le rapport de mon conseiller spécial en matière d'agression sexuelle contre les enfants.

Je tiens aussi à mettre au point des politiques nous permettant de venir en aide aux familles canadiennes avant que les problèmes surgissent.

[Translation]

Lors de la conférence sur la sécurité des aliments que nous avons organisée à Toronto en mars, nous avons réuni pour la première fois des producteurs, des fabricants, des consommateurs et des représentants des ministères du gouvernement, afin de leur permettre de discuter des moyens à prendre pour augmenter la confiance des gens dans les aliments qu'ils consomment. Cette réunion a été très productive, et j'ai demandé que des consultations régionales de suivi soient tenues à Vancouver, à Winnipeg, à Guelph, à Montréal et à Halifax dans un proche avenir.

Les préoccupations touchant l'environnement ne se limitent pas aux aliments que nous mangeons. L'année passée, le Dr Halliday a soulevé le problème de la fragilité de l'environnement devant ce comité. Il s'agit là d'un problème nouveau, à l'égard duquel nos connaissances sont très limitées. En conséquence, j'ai demandé que mon ministère parraine un atelier sur cette question, le premier du genre, qui réunira l'été prochain des scientifiques, des médecins et d'autres personnes qui s'intéressent à ce problème. Nous espérons améliorer notre connaissance de ce problème et trouver de meilleurs remèdes et moyens de prévention.

The National Drug Strategy has been another of my priorities this past year and will continue to be in 1990-1991. I have called for a mid-term review which will target our efforts more effectively and bring more partners, particularly business and the media, into the strategy.

Despite the best efforts of producer and consumer countries alike, we have not been able to reduce the international trade in illegal drugs. If anything, it has increased.

While reducing the supply of drugs is essential, and here in Canada, we are committed to taking the profit out of crime, the real key to this problem lies in removing the demand.

I carried the Canadian approach of demand reduction to the United Nations special session on drugs in New York and to the world ministerial conference on drugs held in London last month. I am heartened to see that this is a principle which is starting to be accepted internationally.

The last priority I will address this afternoon relates to children and the Canadian family.

This year, we will develop a national approach to help prevent family violence and next month, I expect to receive the report of my special advisor on child sexual abuse.

I also want to develop policies which will help support Canadian families before problems arise.

[Texte]

You read some reports in the media after my recent discussions on child care with the National Action Committee on the Status of Women. I want to repeat the commitment made by the Prime Minister that a child care program will be implemented during the life of this government.

This may be my most challenging role. There is little consensus on child care issues in Canada. There is consensus on the need for child care. What you find very quickly, Mr. Dingwall, is that people's attitudes in terms of what form child care should take very quickly break down along the lines of their own personal experiences. Whether it is something that should be institutionalized, whether it is something that should be drawn from the support of family and friends and neighbours, whether it is something where there should be direct state funding, control over quality and so on, people very quickly begin to break down based on what their own situation is or was.

The important thing is that we begin to build a consensus on this to develop a framework for a national policy on child care, which will provide a foundation for us. I do not think any of us believes that whatever program we put in place will be cast in stone for all time. We have seen the evolution of the public schooling system in Canada, for example. This is something that is dynamic and continues to evolve. One expects the same thing to happen in the case of child care.

What is essential is that we get a sound foundation in place and that we develop among Canadians an understanding of the fact that child care is essential, and that we begin to develop consensus with regard to the principles that should underlie the program.

This initiative promises to make a large immediate impact on hundreds of thousands of Canadian families. Affordable, available, quality child care remains an important economic and social need in Canada, which we are determined to meet.

I digress simply by saying that often when we talk about child care it is as if it is simply a social priority. Social priorities in themselves are, of course, very important. But it is as if it is essentially a program designed to provide new options to specific groups.

We should also be seeing it as an economic priority, as a tool that will allow us—for example, in cases of single-parent families who find themselves trapped in poverty—to give them a tool that will enable them to break free from that poverty cycle.

As well, it is a tool that will enable a society—which in the future is going to have a growing demand for skills and for people to provide those skills—to tap the rich resources available among women in Canada. Our society needs their participation; yet because of a lack of child care women are so often incapable of being able to participate. So there are pressing economic reasons, which in my view justify moving ahead with child care as a major priority.

[Traduction]

Vous avez pu lire dans les journaux des comptes rendus au sujet des discussions que j'ai eues récemment avec les représentantes du Conseil d'action nationale pour la situation de la femme au sujet des services de garde. Je tiens à répéter que le Premier ministre s'est engagé à instaurer un programme de garde d'enfants pendant son mandat.

Ce programme représente sans doute le défi le plus difficile que nous ayons à relever, parce qu'il n'y a pas de consensus au sujet des services de garde requis au Canada. Vous constaterez rapidement, monsieur Dingwall, que la façon dont les gens conçoivent les services de garderie correspond à leur expérience personnelle. Ils proposent de les offrir dans des établissements, de recourir à la famille, aux amis et aux voisins, de les faire financer directement par l'État, de contrôler la qualité, et ainsi de suite, tout cela en fonction de leur propre situation.

L'important est de commencer par s'entendre sur cette question afin de formuler une politique nationale sur les services de garderie qui nous servira de point de départ. Nous savons tous que les programmes que nous instaurons évoluent avec le temps. Par exemple, nous avons assisté à la transformation graduelle du système d'éducation au Canada. C'est un système dynamique qui continue à évoluer. Il faut s'attendre au même phénomène pour des services de garderie.

Nous devons absolument constituer des bases solides et faire comprendre aux Canadiens que les services de garderie sont indispensables afin que tous souscrivent aux principes sur lesquels reposera le programme.

L'initiative que prendra le gouvernement dans ce domaine aura vraisemblablement un impact large et immédiat sur des centaines de milliers de familles canadiennes. Des services de garde abordables, accessibles et de qualité représentent toujours un besoin socio-économique important au Canada, et nous sommes déterminés à répondre à ce besoin.

Si vous me permettez une digression, on a souvent tendance à considérer les services de garderie comme une priorité purement sociale. Les priorités sociales sont évidemment très importantes, mais on laisse entendre qu'il s'agit d'abord et avant tout d'un programme visant à offrir de nouvelles possibilités à certains groupes de la société.

Il faudrait également voir là une priorité économique, un instrument qui permettra—par exemple aux familles monoparentales prises au piège de la pauvreté—de se libérer de ce cercle vicieux.

C'est également un moyen qui permettra à la société qui, à l'avenir, aura davantage besoin de compétences, de puiser dans le vaste réservoir de ressources que représentent les Canadiennes. Notre société a besoin de leur contribution; néanmoins, elles sont souvent incapables de l'apporter faute de services de garderie. Par conséquent, il est très important, du point de vue purement économique, de placer les services de garderie en tête de liste de nos priorités.

[Text]

In summary, Mr. Chairman, it is tough setting priorities in a tight fiscal environment. It is clear that there will not be large amounts of money for new programs in the short term. But I believe our agenda for the coming year addresses issues where Canadians have expressed real concern—tobacco, AIDS, food safety, drugs, and our children.

• 1600

I have come here today prepared to answer any questions you may have, and also to seek your advice and your ideas on the issues before us. I welcome comments or suggestions that members might have on any of these matters or on any other matter under our jurisdiction. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. Certainly we appreciate the comments you have made to the committee this afternoon. You touched on those three areas. Certainly some of these statistics, while we have heard them before, have to be alarming. I am thinking of the situation with tobacco and young people. Many lives are affected. I think you mentioned 18,000 out of 100,000 could be affected over the long term.

With respect to AIDS, this committee has been well represented at the ad hoc committee. As you are aware, there is an ad hoc committee on AIDS, and most of the members here have attended it at one time or another. There was a meeting last week at which the Commissioner of Corrections was in attendance.

You have mentioned the needle exchange program, which I think is working very well. I think there was testimony last week that people who were somewhat reluctant at first to use that program in time became familiar with it and now feel free to ask advice, and they are getting some results from that.

One of the issues that came up was the incidence of drug use in the prison system and whether or not something could be done at that level. I think the commissioner had some reluctance about looking further into that, but it was certainly something many of the members felt required some further investigation.

Regarding food safety, there are a lot of areas involved. The labelling of certain foods is mentioned in the report. We are again approaching that time of year when the hamburger syndrome comes up. We have that almost every year, with seniors and young people. There should be some further advertising of the safety features in programs like that. I think you have mentioned that, although not showing up in the estimates, there has been a doubling of the food inspection capacity.

Mr. Dingwall: I welcome the minister, deputy minister, and members of the department here this afternoon, and I thank him for his opening remarks.

Am I right to assume that you will be announcing the national AIDS strategy on June 28, 1990, at the Canadian Public Health Association's annual meeting?

[Translation]

En résumé, monsieur le président, il est difficile de choisir des priorités quand le budget est serré, parce qu'il est clair que peu d'argent sera disponible pour de nouveaux programmes. Mais j'estime que notre programme pour l'année qui vient touche à des questions qui inquiètent véritablement les Canadiens—le tabagisme, le SIDA, la sécurité des aliments, les drogues et nos enfants.

Je suis venu ici aujourd'hui pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir et aussi pour vous demander des conseils et des idées. J'accueillerai favorablement tout commentaire ou toute proposition que pourront formuler les députés au sujet de ces questions ou de toute autre domaine qui relève de notre compétence. Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Je vous remercie, monsieur le ministre. Nous sommes certainement très heureux de recevoir vos commentaires cet après-midi. Vous avez abordé les trois grands domaines. Évidemment, certaines des données statistiques, sans être nouvelles, sont nécessairement alarmantes. Je pense au tabagisme chez les jeunes. Bien des vies sont touchées. Je crois que vous avez parlé de 18,000 sur 100,000 qui pourraient être touchés à long terme.

Pour ce qui est du SIDA, notre comité a été bien représenté au comité spécial. Comme vous le savez, il existe un comité spécial sur le SIDA et la plupart des députés qui sont ici y ont siégé à un moment ou à un autre. Une réunion a été tenue la semaine dernière et le commissaire aux services correctionnels y participait.

Vous avez parlé du programme d'échange de seringues, qui fonctionne très bien, à ma connaissance. Certaines personnes qui ont témoigné la semaine dernière nous ont dit qu'elles étaient plutôt réticentes à participer au programme au début mais que, maintenant qu'elles le connaissent, elles sont en mesure de demander des conseils et d'obtenir des résultats.

On a abordé notamment la question de l'utilisation des drogues dans le système carcéral et des possibilités d'intervention. Je crois que le commissaire a manifesté certaines réticences à ce sujet, mais bon nombre des députés estimaient certainement qu'il fallait enquêter davantage.

Pour ce qui est de la sécurité alimentaire, un grand nombre de domaines sont visés. Le rapport fait mention de l'étiquetage de certains aliments. Nous nous approchons encore une fois de l'époque de l'année où survient le fameux syndrome du hamburger. Il y a des cas pratiquement chaque année chez les personnes âgées et les jeunes. On devrait faire plus de publicité sur la sécurité en ce domaine. Bien que cela ne figure pas dans le budget des dépenses, je crois que vous avez parlé du fait que le personnel d'inspection des aliments sera doublé.

M. Dingwall: Je souhaite la bienvenue cet après-midi au ministre, au sous-ministre et aux fonctionnaires du ministère qui sont ici. Je remercie le ministre de ses commentaires d'ouverture.

Ai-je raison de supposer que vous allez annoncer la stratégie nationale pour le SIDA le 28 juin 1990, lors de la réunion annuelle de l'Association canadienne de santé publique?

[Texte]

Mr. Beatty: Yes.

Mr. Dingwall: Why are you not announcing it in the House?

Mr. Beatty: I think we have, particularly with the annual meeting of the Canadian Public Health Association, a key group who can help take the message across the country. They are key players in terms of the development of the strategy and in terms of its implementation as well. They have been in the front lines in the fight against AIDS. I think one of the things that is going to be very important with the strategy is to ensure the broadest possible coverage and participation in it. This provides a forum which I think will give us that.

Mr. Dingwall: I beg to differ with you, Mr. Minister. I think those of us in the House of Commons, particularly those on the ad hoc committee, who have been working very closely with the subject-matter would have thought, respecting a program which is so important and so essential to the country, that you would have taken the opportunity to announce it in the House, thereby giving other parties an opportunity to respond to the statement that you will be making.

Mr. Beatty: I have no doubt that when it comes to the news media they will be most interested in anything you have to say.

Mr. Dingwall: Will members of the opposition be receiving in advance a copy of the strategy before it is—

Mr. Beatty: I would offer to go beyond that and offer you a lock-up briefing in advance of its release so that we can give you full information in that regard. I would be pleased to do that. I would extend that invitation to all members of the committee.

Mr. Dingwall: Secondly, with regard to your AIDS strategy, is there any new commitment you can make with regard to additional financing for this particular strategy?

• 1605

Mr. Beatty: I do not want to make my announcement today with regard to the strategy. Obviously, in addition to the money announced by my predecessor Mr. Epp with regard to the fight against AIDS, we have found other money outside of that to deal with specific problems. We continue to do that.

I do not want to go into it in greater detail today, Mr. Chairman, because the strategy is still being put together and we will be making announcements at that time as to what we are doing.

Mr. Dingwall: The Canadian Institute on Child Health released the findings of a report entitled *The Health of Canadian Children*. This report called for a comprehensive national child health policy. I am wondering if you could perhaps indicate to the committee what you and your colleagues intend to do with regard to that particular recommendation.

Mr. Beatty: I have had the opportunity to meet with them, because I thought their suggestions were very constructive. I took a look at the report itself and its findings. It tended to confirm facts, many of which we knew already, as to the nature of the threat to children's health.

[Traduction]

M. Beatty: En effet.

M. Dingwall: Pourquoi n'en faites-vous pas l'annonce à la Chambre?

M. Beatty: Je crois que l'Association canadienne de santé publique est un organisme important qui contribuera à faire connaître le programme à l'ensemble du pays. Tant pour l'élaboration de la stratégie que pour sa mise en oeuvre, l'Association joue un rôle décisif. Elle est au premier rang dans la lutte contre le SIDA. Pour que la stratégie soit fructueuse, il faut assurer une vaste participation et j'estime que l'Association pourra jouer un rôle utile à cet égard.

M. Dingwall: Permettez-moi, monsieur le ministre de ne pas partager votre avis. Je crois que ceux parmi nous à la Chambre, et notamment ceux qui font partie du comité spécial, qui travaillent de très près sur la question auraient cru, compte tenu de l'importance et du caractère essentiel de ce programme pour l'ensemble du pays, que vous auriez profité de l'occasion de l'annoncer à la Chambre et ainsi donné aux autres partis la possibilité de réagir à la déclaration que vous allez faire.

M. Beatty: Je suis convaincu que les médias seront fort intéressés à ce que vous aurez à dire lorsque la stratégie aura été rendue publique.

M. Dingwall: Les députés de l'opposition vont-ils recevoir à l'avance un exemplaire de la stratégie avant qu'elle ne soit. . .

M. Beatty: J'irais encore plus loin, jusqu'au point de vous offrir une séance d'information à huis clos à l'avance pour que vous soyez pleinement renseignés à ce sujet. Je me ferai un plaisir de le faire. L'invitation s'adresse à tous les membres du Comité.

M. Dingwall: Deuxièmement, pour ce qui est de votre stratégie visant le SIDA, avez-vous un nouvel engagement à annoncer en matière de financement?

M. Beatty: Je ne souhaite pas faire d'annonce aujourd'hui au sujet de la stratégie. Évidemment, en plus des sommes annoncées par mon prédécesseur, M. Epp, pour la lutte contre le SIDA, nous avons trouvé des sommes supplémentaires pour régler des problèmes précis. Et nous continuons d'ailleurs de le faire.

Je ne souhaite pas donner plus de détails aujourd'hui, monsieur le président, puisque la stratégie est encore en voie d'élaboration et que nous allons expliquer nos activités au public au moment opportun.

M. Dingwall: L'Institut canadien de la santé infantile a rendu publiques les constatations d'un rapport qui s'intitule «La santé des enfants du Canada». D'après ce rapport, il faut une politique nationale d'ensemble en matière de santé infantile. Pourriez-vous nous dire ce que vous et vos collègues avez l'intention de faire au sujet de cette recommandation.

M. Beatty: J'ai eu l'occasion de rencontrer les auteurs du rapport, et je trouvais leurs propositions très constructives. Je me suis penché sur le rapport et ses constatations. Il tend généralement à confirmer des faits déjà connus dans l'ensemble sur la nature des dangers qui menacent la santé des enfants.

[Text]

We know, for example, whether among children or adults, that poorer Canadians do not fare as well as wealthier Canadians. We know that there are particular problems on Indian reserves, for example, which are more acute than in the rest of society. There are particular target areas we have to address. I indicated to them that I am quite sympathetic to the proposals they are making. We are looking at what can be done, particularly as it relates to matters concerning the health of children.

I do not know what the best formula is to use in doing that, whether some sort of a child health policy as such or something broader than that is the best way of approaching it. We are actively looking at what sort of policies can be put in place to deal with those issues.

Mr. Dingwall: Do you have a specific timeframe in mind with regard to responding to that particular recommendation? Also, is it a matter that is high on a priority list for meeting either the ministers or deputy ministers of health from all across the country?

Mr. Beatty: It is high on our priorities. A number of areas relating to young people are high on our agenda at the present time.

I am looking at whether it makes sense to pull together a number of these initiatives. We have the UN convention, for example, which should be ratified. The federal government is pressing very strongly for agreement from the provinces to ratify it.

The Prime Minister, along with Prime Minister Bhutto from Pakistan, will be co-chairing a special session of the United Nations in September with regard to children.

We have this particular report to which you referred. We have the statistics with regard to tobacco and drugs and children. We have poverty figures.

One of the areas in which we find that the poverty in Canada has dropped among all groups... it has certainly dropped significantly nationally in the last five years. One of the areas in which there is a particular need, and which has not benefited to the same extent, is among children who are in poverty. We are looking at ways of best dealing with this sort of a question.

Similarly, child care is important for us not only in terms of an economic instrument to help families break free from poverty, but also in terms of ensuring that children, in developmental stages, receive the sort of treatment they deserve.

We are looking at all of these things on a priority basis, but I would welcome your advice as to whether we should be looking at child health policy independently of these other things or whether we should be looking at something that is broader than that.

Mr. Dingwall: With regard to mental health, as you are probably aware, suicide was the second leading cause of death among those aged 15 to 19 in 1985, a rate twice as high as cancer. The suicide rate of teenagers has nearly doubled since 1970. Given the fact that this is mental health week, can you tell us what is being done to deal with this particular problem?

Mr. Beatty: Yes, as a matter of fact I can.

[Translation]

Nous savons, par exemple, que la santé des Canadiens pauvres n'est pas aussi bonne que celle des Canadiens riches, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants. Nous savons qu'il existe des problèmes particuliers, sur les réserves indiennes par exemple. Certaines solutions précises doivent donc être trouvées. Je me suis montré intéressé aux propositions de l'Institut. Nous étudions les solutions possibles, notamment en ce qui a trait à la santé des enfants.

Je ne sais pas quelle serait la meilleure formule pour y arriver. Il pourrait s'agir d'une politique de la santé infantile ou encore d'une politique plus vaste. Nous étudions diverses possibilités pour apporter des solutions aux problèmes qui ont été définis.

M. Dingwall: Vous êtes-vous donné une limite de temps pour donner suite à la recommandation? Également, s'agit-il d'une question prioritaire pour ce qui est de rencontres éventuelles entre ministres ou sous-ministres de la santé du pays.

M. Beatty: Pour nous, c'est prioritaire. En ce moment, nous accordons la priorité à diverses questions qui touchent les jeunes.

J'étudie la possibilité d'intégrer diverses initiatives. Il y a par exemple la convention des Nations-Unies qui doit être ratifiée. Le gouvernement fédéral s'efforce d'obtenir l'accord des provinces à cet effet.

Le premier ministre coprésidera en septembre, avec le premier ministre Bhutto du Pakistan, une session spéciale des Nations-Unies portant sur les enfants.

Nous étudions le rapport dont vous avez parlé. Nous étudions également les données statistiques sur les incidences du tabagisme, de la toxicomanie et de la pauvreté sur les enfants.

Nous avons constaté que le niveau de pauvreté a baissé au Canada pour tous les groupes... Il a baissé très nettement à l'échelle nationale au cours des cinq dernières années. Nous tentons de trouver des solutions au problème particulier des enfants victimes de la pauvreté auquel on n'a pas suffisamment accordé d'attention jusqu'à maintenant.

Le domaine de la garde des enfants est également important pour nous non seulement comme instrument de libération des familles par rapport à la pauvreté mais aussi comme milieu de protection de l'enfant aux divers stades de son développement.

Nous accordons la priorité à tous ces aspects mais j'aimerais que vous me disiez si vous estimez qu'il faut élaborer une politique de santé infantile indépendamment de ces aspects ou s'il faut envisager une politique plus globale.

M. Dingwall: Pour ce qui est de la santé mentale, comme vous le savez sans doute, le suicide était la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 19 ans en 1985, taux qui est deux fois supérieur à celui du cancer. Le taux de suicide chez les adolescents a pratiquement doublé depuis 1970. Puisque cette semaine est la semaine de la santé mentale, pouvez-vous nous dire ce qui se fait en ce moment pour résoudre ce problème?

M. Beatty: Oui, je suis en mesure de le faire.

[Texte]

Mr. Dingwall: Can you explain why teenage suicide has been on the increase?

Mr. Beatty: I cannot do the second thing you asked us, to give the explanations necessary as to why it is on the increase; that is one of the things we are looking at.

The figures are every bit as serious as you suggest. If memory serves me correctly, over the last 20 years there has been a quadrupling of the suicide rate among young men. That is a very, very serious and worrisome figure.

One of the things we are doing is to commission work to be done by McMaster University to look at the causes and the predictors of teen suicide. During the past decade, as you pointed out, the suicide rate in Canada has almost doubled to what it was between 1921 and 1961. It most particularly increased in the age group between 15 and 24. Suicide is among the top ten causes of death in Canada, second to accidents, which is the leading cause of death for young people.

• 1610

The sort of research we are funding will be helpful in getting a better handle on why this phenomenon is taking place, how to predict it, and how to intervene more effectively.

Mr. Dingwall: My final question is about the recent pronouncement on child care. You hope to have a plan by 1993 or in the life of this Parliament. What, if anything, excluding the Canada Assistance Plan, are you doing in Atlantic Canada to try to increase the number of available spaces for children in that region of the country?

Mr. Minister, before you give your answer, I want you to know and appreciate that the situation in Atlantic Canada and in many native communities across this country is very, very serious. I find the Government of Canada's response under the Canada Assistance Plan is not in any way addressing the real need. I would hope you could provide us with some new and immediate hope in that regard.

Mr. Beatty: I think some of our colleagues in the committee, Ms Greene for example, would suggest there is at least an equally acute problem in some of the metropolitan centres across the country. There is a serious shortage of spaces at present.

You ask what in addition to the Canada Assistance Plan. If you are looking particularly at Atlantic Canada, the Canada Assistance Plan certainly remains the most important device. There is no cap on the Canada Assistance Plan for any of the Atlantic provinces. We will cost-share, open-ended, 50¢ out of every dollar that is spent by provinces on qualifying child care.

We will putting in the neighbourhood of \$1 billion into assistance for child care through both tax measures and direct spending in Canada this year. The Child Care Initiatives Fund continues to be in place both in Atlantic Canada and in the rest of the country. I certainly would be pleased to make available to you, if you would like, a list of projects that are being funded under CCIF in Atlantic Canada.

All of these are very important initiatives, and they have helped to increase the stock of child care in Canada, although there is much more that needs to be done.

[Traduction]

M. Dingwall: Pouvez-vous expliquer pourquoi le phénomène du suicide prend plus d'ampleur chez les adolescents?

M. Beatty: Je ne suis pas en mesure de répondre à votre seconde question. C'est un aspect sur lequel nous nous penchons.

Les chiffres sont tout aussi alarmants que vous le laissez entendre. Si ma mémoire est bonne, le taux de suicide chez les jeunes hommes a quadruplé au cours des 20 dernières années. La situation est donc très grave et très inquiétante.

Nous prenons diverses mesures et nous avons notamment demandé à l'Université McMaster de se pencher sur les causes et les indices du suicide chez les adolescents. Au cours de la dernière décennie, comme vous l'avez signalé, le taux de suicide a pratiquement doublé au Canada par rapport à ce qu'il était entre 1921 et 1961. L'augmentation la plus importante a frappé le groupe des 15 à 24 ans. Le suicide est parmi les 10 principales causes de mortalité au Canada; après les accidents, c'est la deuxième cause de décès chez les jeunes.

Les recherches que nous finançons permettront de mieux comprendre le phénomène, de le prédire et d'intervenir de façon plus efficace.

M. Dingwall: Ma dernière question porte sur la déclaration récente en matière de garde d'enfants. Vous espérez avoir mis au point un programme d'ici à 1993 ou au cours de la présente législature. Que faites-vous donc, mis à part le Régime d'assistance publique du Canada, dans la région de l'Atlantique pour tenter d'augmenter le nombre de places en garderies?

Monsieur le Ministre, avant de vous laisser répondre, je veux que vous sachiez que la situation est très grave dans la région de l'Atlantique et dans bon nombre de collectivités autochtones du pays et j'estime que ce que fait le gouvernement dans le cadre du régime d'assistance publique du Canada ne correspond pas du tout aux besoins réels. J'espère que vous pourrez nous donner de nouvelles raisons d'espérer à cet égard.

M. Beatty: Je crois que certains de nos collègues du comité, je pense par exemple à M^{me} Green, nous diraient que le problème est tout aussi aigu dans certaines régions métropolitaines du pays. La pénurie de places est grave à l'heure actuelle.

Vous m'interrogez sur des mesures autres que celles qui sont prises en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. Pour la région de l'Atlantique, ce régime est certainement l'instrument d'intervention le plus important. Le Régime ne comporte aucun plafonnement pour la région de l'Atlantique. Nous appliquons un régime de contrepartie intégral pour les programmes admissibles.

Nous allons contribuer à peu près un milliard de dollars à la garde des enfants cette année, sous forme de mesures fiscales ou dépenses directes. La caisse d'aide aux projets en matière de garde des enfants continue d'exister aussi bien dans l'Atlantique que dans le reste du pays. Je suis tout à fait disposé à vous transmettre, si vous le souhaitez, la liste des projets financés par la Caisse dans la région de l'Atlantique.

Il s'agit d'initiatives importantes qui ont permis d'accroître les services de garde d'enfants au pays, même s'il reste encore beaucoup à faire.

[Text]

Under CAP we have seen increases in child care running at the rate of about 20% per annum. So it is a significant increase under CAP. Where Atlantic Canada is concerned this remains entirely open-ended. We will continue to cost-share 50¢ out of every dollar spent by the provinces that qualify.

Mr. Dingwall: A final comment about child sexual abuse. You indicated in your opening remarks, I believe, you are anticipating the report would be finalized next month. Would that be made public at that time?

Mr. Beatty: Yes, that is our intention. I think Mr. Rogers has finished his report. He has to have it translated and ready for release.

Mr. Dingwall: We have been hearing different things out of the department: it is coming, it is not coming; it is ready, it is not ready; it is translated, it is not translated. We have been hearing that for six months.

Mr. Beatty: It is on its way.

Mr. Dingwall: So do we wait for Canada Post to deliver it?

Mr. Beatty: Mr. Dingwall, I would be glad to bring it to you myself.

The Chairman: That is probably better service than you can get from Canada Post, Mr. Dingwall.

Mr. Beatty: And cheaper.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Mr. Chairman, I too would like to thank the minister for his clear, as usual, statements of what his intentions are, and to congratulate him on his recent measures on tobacco and the AIDS treatment registry book. I think they are important developments.

I also appreciate the fact that he always takes his jacket off. That means he has a much more casual approach to the committee than we might otherwise have. His bureaucrats do not take their jackets off.

Mr. Beatty: Mr. Axworthy usually takes the gloves off.

Mr. Axworthy: No, that is not true.

I have three quite specific questions. One is about thalidomide and the thalidomide compensation plan. We will all recall that it was on April 18, I think, that the thalidomide victims produced their actuarial report outlining the financial needs of thalidomide victims, and also a legal opinion indicating that the Charter of Rights did not require equal distribution of benefits to all victims, without regard to the degree of disability. You will recall that your program offered \$7.5 million. The thalidomide victims argue that on the basis of their actuarial studies they need at least \$18.9 million, plus administration moneys of I think some \$2 million.

[Translation]

Dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada, les dépenses consacrées à la garde des enfants ont augmenté d'environ 20 p. 100 par année, ce qui est considérable. Pour l'Atlantique, le régime n'est pas plafonné. Nous allons continuer de partager les frais en finançant la moitié des dépenses admissibles des provinces.

M. Dingwall: En terminant, j'aurais un commentaire sur les enfants victimes d'abus sexuel. Dans vos commentaires d'ouverture, je crois vous avoir entendu dire que le rapport serait prêt à la fin du mois prochain. Sera-t-il rendu public à ce moment-là?

M. Beatty: Oui, nous avons l'intention de le rendre public. Je crois que M. Rogers a terminé son rapport. Il lui reste à le faire traduire et à le préparer pour la publication.

M. Dingwall: Divers sons de cloches nous parviennent du ministère: le rapport s'en vient, il ne s'en vient pas; il est prêt, il ne l'est pas; il est traduit, il ne l'est pas. Voilà ce qu'on entend depuis six mois.

M. Beatty: Le rapport sera prêt bientôt.

M. Dingwall: Attendons-nous qu'il soit livré par Postes Canada?

M. Beatty: Monsieur Dingwall, je me ferai un plaisir de vous le transmettre moi-même.

Le président: Voilà sans doute un service que Postes Canada ne serait pas en mesure de vous offrir, monsieur Dingwall.

M. Beatty: Et à moindre coût.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Monsieur le président, je tiens à remercier le ministre d'avoir exposé clairement ses intentions, comme il en a l'habitude, et aussi à le féliciter des mesures récentes qu'il a prises au sujet du tabagisme et du registre de traitement du SIDA. Il s'agit là de mesures importantes à mon avis.

Je dois dire aussi que je lui suis reconnaissant d'enlever son veston. De cette façon, il favorise un climat de travail décontracté avec le comité. Je constate que ses bureaucrates n'enlèvent pas leur vestons.

M. Beatty: En général, monsieur Axworthy ne met pas de gants.

M. Axworthy: Non, je proteste.

J'ai trois questions succinctes et précises. Tout d'abord, au sujet de la thalidomide et du programme d'indemnisation des victimes. Comme nous nous en souvenons tous, c'est le 18 avril, je crois, que les victimes de la thalidomide ont publié leur rapport actuariel sur leurs besoins financiers et aussi un avis juridique selon lequel la Charte des droits n'imposait pas une distribution égale de la compensation à toutes les victimes, indépendamment du degré d'invalidité. Votre programme, vous vous en souviendrez, offre 7,5 millions de dollars. Les victimes de la thalidomide soutiennent que, selon les études actuarielles, il leur faut au moins 18,9 millions de dollars, auxquels viennent s'ajouter des frais d'administration qui atteignent, je le crois, les deux millions de dollars.

[Texte]

• 1615

I guess I would like to ask you what your actuarial studies indicated. To put it another way, how did you come up with \$7.5 million? Did you do that in the same actuarial way? Did you try to predict what people would need across their future lives? You might be able to provide us with your legal opinion about the equal distribution of funds being required under the Charter, which I guess is your position. First, how did you come to the \$7.5 million? Was that done on an actuarial basis, and if so, what sort of basis?

Mr. Beatty: Can I start a step earlier? You referred to it as compensation, Mr. Axworthy. It is not designed to be compensation. One of the points I have made from the outset of our discussions with various groups who applied for extraordinary assistance is that we are talking about precisely that, extraordinary assistance. It is an unprecedented program to provide assistance to specific groups based on public policy reasons. It is not designed to be compensation. Those people who have sued companies that produced thalidomide received compensation through the court system. But this is designed to keep faith with a commitment that was made by the Hon. Jay Waldo Monteith some 20 years ago to provide assistance.

We took a look at the numbers of people involved, what sorts of programs may have existed in other countries and what sort of assistance has been provided and put in place through the Canada Assistance Plan at the time Mr. Monteith made the offer back in the early 1960s. One of the things he was proposing was a cost sharing with the provinces of assistance to victims of thalidomide. Since then, the Canada Assistance Plan has been put in place to provide that sort of assistance, as indeed have other programs for the disabled.

In addition to that, though, we felt that a special commitment had been made to thalidomide victims which justified our taking a totally unprecedented step in Canada and making a special payment to them, which amounts to between \$75,000 and \$100,000 per individual tax-free. I stress the tax-free aspect because it is very significant. We based that on looking at what had been done in various jurisdictions, on what sort of assistance we were making available to other groups, on the numbers of people who were involved in Canada, and obviously on trying to make a judgment as to what would be helpful in terms of giving a boost to these people who have been exceptionally brave and who are labouring under very serious disabilities.

Mr. Axworthy: Is that the end of your answer? I wondered if you were going to say something else.

Mr. Beatty: I am sorry. You asked about legal opinions.

Mr. Axworthy: Yes.

Mr. Beatty: As you know, legal opinions are not given by governments to parliamentary committees. I think the other point I would make is that we have received the request from the group who are studying it at the present time. This included their legal opinion, which is just that, a legal opinion. We will certainly be looking at that and giving them a response directly.

[Traduction]

Je voudrais vous demander ce qui ressortait de vos études actuarielles. Autrement dit, comment en êtes-vous arrivé à 7,5 millions de dollars? Avez-vous suivi le même processus actuariel? Avez-vous tenté de prédire quels seraient les besoins de ces gens au cours de leur vie? Vous pourriez peut-être aussi nous donner votre avis juridique sur la répartition égale des sommes aux termes de la Charte, ce qui correspond, je crois, à votre position. Alors, comment en êtes-vous arrivé à ces 7,5 millions de dollars? S'agit-il de calculs actuariels et, dans l'affirmative, quels sont les bases de calcul?

M. Beatty: Puis-je tout d'abord revenir un peu en arrière? Vous avez parlé d'indemnisation, monsieur Axworthy. Ce n'est pas ce que vise le programme. J'ai fait valoir dès le départ dans nos discussions avec les divers groupes qui ont demandé une aide exceptionnelle qu'il s'agissait justement d'une aide exceptionnelle. Il s'agit en effet d'un programme inédit qui vise à accorder de l'aide à des groupes précis au nom de l'intérêt public. Il ne s'agit pas d'une mesure d'indemnisation. Les personnes qui ont intenté des poursuites contre les sociétés qui ont produit la thalidomide ont été indemnisées par le truchement des tribunaux. La mesure actuelle vise à respecter un engagement pris il y a environ 20 ans par l'honorable Jay Waldo Monteith.

Nous avons déterminé le nombre de personnes touchées, la nature des programmes qui existent dans d'autres pays et de l'aide accordée jusqu'à maintenant grâce au régime d'assistance publique du Canada au début des années 1960, à l'époque de l'offre de M. Monteith. Ce dernier avait notamment proposé un partage des frais avec les provinces. Depuis lors, le régime d'assistance publique du Canada a permis de fournir ce genre d'aide, tout comme d'autres programmes destinés aux personnes handicapées.

De plus, nous estimions qu'un engagement particulier avait été pris à l'égard des victimes de la thalidomide, ce qui justifiait une mesure tout à fait inédite au Canada, à savoir le versement à chaque personne d'un montant exonéré d'impôt pouvant varier entre 75,000 dollars et 100,000 dollars. Le fait que le montant soit exonéré d'impôt n'est pas sans importance. Nous avons pris notre décision en tenant compte de ce qui s'était fait ailleurs, de la nature de l'aide que nous fournissions à d'autres groupes, du nombre de personnes touchées au Canada et, évidemment, en tentant de porter un jugement sur ce qui pourrait être le plus utile à ces personnes qui ont fait preuve d'un courage exceptionnel et qui doivent assumer des infirmités très graves.

M. Axworthy: Avez-vous terminé votre réponse? Je me demandais si vous alliez ajouter quelque chose.

M. Beatty: Je m'excuse. Vous avez parlé d'avis juridiques.

M. Axworthy: En effet.

M. Beatty: Comme vous le savez, les gouvernements ne donnent pas d'avis juridiques à des comités parlementaires. Je dois dire également que nous avons reçu la demande du groupe qui étudie la question en ce moment. La demande contenait l'avis juridique de ce groupe et nous allons certainement en prendre connaissance et exprimer directement notre avis aux intéressés à ce sujet.

[Text]

The other point I would stress again is that this program is unprecedented. It is one that provides assistance to an important group. One of the things we want to do in the contact we have had from a very large number of either thalidomide victims or their representatives is to ensure that the program is as easily accessible as possible, that it is not cumbersome to get into. Secondly, I am concerned about pitting one victim against another to demonstrate that one victim deserves more than another and have a competition for the funds, as opposed to having a system that is as simple to access as possible and which gives people their money as expeditiously and easily as possible. We are inviting discussion from them on this sort of thing.

Mr. Axworthy: I would like to pursue it a bit further, but I will use up all of my time. I would like to ask you, though, if you have a particular quarrel with the actuarial assessment they have made. In other words, they are saying we need this to lead a normal life.

Mr. Beatty: We are studying that, but the other important point that should be made here is that it is not a compensation program. Compensation was had through the courts. Now, some people suggest that it is impossible to look at these court settlements. The company involved has indicated that it has no objection to that being opened if there is a desire on the part of thalidomide victims to have discussions of those settlements. By opened, I mean to have it made public, not to increase payments from the companies.

• 1620

Mr. Axworthy: My second question involves something we have been through before, and that is the Mem breast implant. As you know, we had a briefing from your department and asked a number of questions. The briefing went on for some two hours and we certainly appreciated the opportunity. I am asking the question because I am concerned generally about the safety of products and I think it should be seen in that context. We asked what additional requests for data were made between the first internal decision to say no, that the product was not safe enough to leave on the market, which was then changed at some later stage, and the decision to say it is okay. We also asked what extra information was received. The answer we received was that no additional requests for data were made. Supplementary data did come in but they have not yet been reviewed.

How can we be sure this product is safe? Is it not time to have a more comprehensive testing process for the safety of products? That would of course require resources.

Mr. Beatty: First, you make mention of the initial recommendation made by a committee within the department to suspend sale of the product. Subsequently, when they saw there was no legal grounds for doing so, that

[Translation]

Je reviens également sur le caractère inédit de ce programme qui fournit de l'aide à un groupe important. Il ressort de nos rapports avec un très grand nombre de victimes de la thalidomide ou des représentants de ces dernières que le programme doit être aussi facile d'accès que possible. Autrement dit, il doit être facile d'y participer. Deuxièmement, l'idée d'opposer les victimes les unes aux autres pour tenter de prouver qu'une victime est plus méritante qu'une autre me répugne. Je préfère l'idée d'un système facile d'accès qui permet de verser aux gens la somme qui leur revient dans les meilleurs délais. Nous invitons d'ailleurs les intéressés à faire valoir leur point de vue sur ces questions.

M. Axworthy: Quitte à utiliser tout le temps qui me reste, j'aimerais aller un peu plus loin sur cette question. J'aimerais vous demander si vous contestez leur évaluation actuarielle. Autrement dit, ils prétendent que ce qui est demandé est nécessaire pour mener une vie normale.

M. Beatty: Nous nous penchons là-dessus, mais il convient de rappeler qu'il ne s'agit pas d'un programme d'indemnisation. L'indemnisation a été assurée par les tribunaux. Certains prétendent qu'il n'est pas possible d'avoir accès aux règlements imposés par les tribunaux. La société intéressée a fait savoir qu'elle ne s'oppose pas à l'examen de ces règlements si c'est ce que souhaitent les victimes de la thalidomide. Je veux dire par là qu'elle ne s'oppose pas à ce que les dossiers soient rendus publics et non pas qu'elle consent à la possibilité de règlements plus avantageux.

M. Axworthy: Ma deuxième question porte sur un sujet dont nous avons déjà traité, à savoir celui de l'implant mammaire Mem. Comme vous le savez, votre ministère nous a donné une séance d'information et nous avons posé diverses questions. La séance a duré environ deux heures et nous en sommes certainement reconnaissants. C'est parce que je m'intéresse d'une façon générale à la sécurité des produits que je pose la question. Nous avons voulu savoir quelles demandes additionnelles d'information ont été faites entre le moment de la première décision interne selon laquelle le produit n'était pas suffisamment sûr pour continuer d'être mis en marché et la décision ultérieure contraire. Nous avons également demandé quels renseignements supplémentaires avaient été reçus. On nous a répondu qu'aucune demande de renseignements supplémentaires n'avait été faite. Des renseignements supplémentaires ont effectivement été fournis mais ils n'ont pas encore été étudiés.

Comment pouvons-nous donc avoir la certitude que le produit est sûr? Ne faudrait-il pas instaurer un processus plus complet d'évaluation de l'innocuité des produits? Evidemment, il faudrait y mettre les ressources voulues.

M. Beatty: Premièrement, vous parlez de la première recommandation d'un comité ministériel de suspendre la vente du produit. Par la suite, lorsqu'il fut constaté que la mesure n'avait aucun fondement juridique, cette

[Texte]

recommendation was changed. But it was not changed as a result of more information that came in, it was changed on the basis of information they already had that it would not be justified to suspend sale.

I do not want to mislead you. I cannot give you the date as to when the manufacturer was requested to supply more detailed information. On April 4, 1989, the manufacturer did supply it, we reviewed that submission and requested further information from the manufacturer. This is a normal procedure often followed for a pre-market review submission.

In addition, as you know, we commissioned Dr. Carrigan's report, which is an extensive one. Further work is being done. You and I had an exchange at the House of Commons as to the nature of that work. In the United States, the FDA is doing a broader review of the safety of all implants.

Mr. Axworthy: Can I just read you the answer they gave us? It says:

No additional requests for data were made following initial review and comments on the submission. Supplementary information from the companies is in the process of being received, the last arriving April 6, 1990. The additional data has not yet been reviewed.

This is not what you said, is it? You said the opposite.

Mr. Beatty: The notes I have are dated April 4, 1989: the manufacturer submitted detailed information; the submission has been reviewed and a request for further information relayed to the manufacturer.

Mr. Axworthy: You said some of the data had been reviewed.

Mr. Beatty: I can double-check to get the chronology for you, Mr. Axworthy. Suffice it to say we are seeking information and reviewing it from the manufacturer.

Mr. Axworthy: I have a question involving some information I have about the New Horizons Program, which, as you know, allocated around \$15 million in the budget. Maybe you can provide me with the numbers, for example, as to how much money has been allocated to the province of Saskatchewan under the New Horizons Program?

Mr. Beatty: I am sorry I do not have that here for 1990-91. We are generating this data and I would be pleased to try to get that.

Mr. Axworthy: Maybe you could answer me this then. Has your department in fact set aside \$4 million of that \$15 million from the New Horizons Program and essentially frozen it with the intention that it essentially not be spent?

Mr. Beatty: We have set aside \$4 million. What we are doing at the present time is reviewing the criteria for New Horizons.

[Traduction]

recommandation a été renversée. Cependant, ce n'est pas parce que de nouveaux renseignements ont été fournis que le changement a été effectué mais parce que, selon les renseignements déjà disponibles, la suspension de vente n'était pas justifiée.

Je ne veux pas vous induire en erreur. Je ne suis pas en mesure de vous dire exactement quand on a demandé aux fabricants de donner des renseignements plus détaillés. Le 4 avril 1989, le fabricant a fourni les renseignements. Nous avons étudié la demande et nous avons demandé d'autres renseignements aux fabricants. Il n'y a d'ailleurs là rien d'anormal pour ce qui est de l'étude d'une demande à l'étape préalable à la mise en marché.

De plus, comme vous le savez, nous avons commandé le rapport de M. Carrigan, qui aborde la question en profondeur. D'autres travaux sont en cours. Nous nous sommes déjà entretenus à la Chambre, vous et moi, de la nature de ces travaux. Aux États-Unis, la FDA effectue une étude plus vaste sur l'innocuité des implants.

M. Axworthy: Puis-je tout simplement vous lire la réponse qui nous a été donnée? Je cite:

Aucune demande additionnelle de renseignements n'a été faite après l'examen initial de la demande. Les sociétés fournissent progressivement d'autres renseignements, les renseignements les plus récents ayant été reçus le 6 avril 1990. Les renseignements supplémentaires n'ont pas encore été étudiés.

Ce n'est pas ce que vous avez dit, il me semble. Vous avez dit le contraire.

M. Beatty: Les notes que j'ai en main sont datées du 4 avril 1989: le fabricant a fourni des renseignements détaillés; la demande a été étudiée et une demande de renseignements supplémentaires a été transmise aux fabricants.

M. Axworthy: Vous avez déclaré que certaines données avaient été étudiées.

M. Beatty: Je puis vérifier à nouveau pour vous obtenir la chronologie, monsieur Axworthy. Il suffit de dire que nous demandons des renseignements aux fabricants et que nous les étudions.

M. Axworthy: Je voudrais vous interroger sur certains renseignements dont je dispose au sujet du programme Nouveaux horizons, pour lequel environ 15 millions sont prévus au budget, comme vous le savez. Vous êtes peut-être en mesure de me dire combien d'argent a été attribué à la province de la Saskatchewan aux termes de ce programme.

M. Beatty: Je m'excuse, je n'ai pas les chiffres pour 1990-1991. Nous sommes en train de les calculer et je me ferai un plaisir de tenter de vous les obtenir.

M. Axworthy: Vous pourriez peut-être me dire s'il est vrai que votre ministère a réservé 4 millions de dollars sur les 15 millions de dollars du Programme Nouveaux horizons et les a ni plus ni moins gelés avec l'intention de ne pas les dépenser.

M. Beatty: Nous avons réservé quatre millions de dollars. Nous sommes en train de revoir les critères du programme Nouveaux horizons.

[Text]

One of the things we received from many Members of Parliament was a concern that at a time when we are asking people across the board to show restraint, grants were often being made based on very loose criteria. Often it was difficult for MPs, for example, to justify this to their constituencies. People would ask why there was not money for AIDS or seniors when there may have been an approval for upgrading of lawn bowling.

• 1625

We are reviewing the criteria on which decisions with regard to New Horizons are based. We want to do to ensure that in a time of constraint any money given out is very much justified.

Mr. Axworthy: I understand that the Quebec allocation stays the same, while all the other provinces' allocations have changed.

Mr. Beatty: The program was oversubscribed to very substantially in Quebec. It is a particularly popular program there; we had a long waiting list of people who have had to be denied applications. Even with more stringent criteria, which will apply across the country, we will find that there will be no shortage of applications to eat up any money that is available. That is my expectation. This is subject to change as we get through the year. We will see what takes place. The program appears to have been more highly subscribed to in Quebec than in any of the other provinces. My guess is that this will apply in the coming year as well.

Ms Greene (Don Valley North): I certainly appreciate the work you are doing in the smoking area. I am very enthusiastic about that in particular.

I want to ask you some more about day care. A cut-back in Canada Assistance Program funding to Ontario has meant that in Metropolitan Toronto property tax payers will be picking up \$16 million in this budget year of funds that would in other provinces be paid for by the provincial and federal governments. In Ontario 20% of those costs are municipal—except in Toronto. Now this is strictly for subsidized day care, for needy parents on a sliding scale. Some 65% of those people are single parents. Many of them would be on welfare otherwise.

There is no place in the community for people to leave their children. People have to work to live in Toronto. In my riding the participation rate of women in the work force approaches that of men. There are simply not safe places to leave children. We have had raids on illegal day care centres where children were being taken in the front door and herded down in the basement. We have had a murder in an illegal day care centre at one point. So it is a hot issue. Every single public school has a day care centre attached to it. I am wondering when this child care program will be coming forward. Is it going to be in place before the next election?

[Translation]

De nombreux députés nous ont fait savoir que, à une époque où nous demandions à tous les Canadiens de faire preuve de retenue, ils s'inquiétaient de constater que des subventions étaient accordées en fonction de critères assez souples. Par exemple, il était souvent difficile aux députés de justifier cela dans leur circonscription. Les gens leur demandaient pourquoi on ne consacrait pas d'argent à la lutte contre le SIDA, ou aux programmes des personnes âgées, alors qu'on avait approuvé une subvention pour rénover un terrain de bowling.

Nous procédons à l'examen des critères en fonction desquels sont prises les décisions relatives au programme Nouveau horizons, de façon à veiller à ce que les subventions soient tout à fait justifiées, à notre époque de compressions budgétaires.

M. Axworthy: Je crois comprendre que le budget du Québec reste le même, alors que celui de toutes les autres provinces a changé.

M. Beatty: On avait enregistré beaucoup plus de participants que prévu au Québec, où le programme est particulièrement populaire. Nous avons une longue liste d'attente de personnes qui n'ont pas pu être acceptées. Même avec des critères plus rigoureux, s'appliquant dans tout le pays, nous constatons qu'on ne manquera pas de candidats pour utiliser tout l'argent disponible. C'est en tout cas ce que je prévois, mais la situation peut changer au cours de l'année. Nous verrons bien. Pour le moment, il semble qu'il y a eu beaucoup plus de participants au Québec que dans les autres provinces l'an dernier, et je soupçonne que ce sera la même chose cette année.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Je suis très heureuse de ce que vous faites pour la lutte contre l'usage du tabac, je puis même dire que cela m'enthousiasme.

Revenons néanmoins aux garderies d'enfants. La réduction des crédits du Régime d'assistance publique du Canada octroyés à l'Ontario signifie que les propriétaires fonciers de la région de Toronto vont devoir payer 16 millions de dollars de sommes qui, dans les autres provinces sont versées par le gouvernement fédéral et la province. En Ontario, 20 p. 100 de ces sommes proviennent des taxes foncières, sauf à Toronto. Cela concerne strictement les garderies d'enfants subventionnées, c'est-à-dire destinées à des parents dans le besoin, dont environ 65 p. 100 ont une famille monoparentale et dont beaucoup seraient tributaires du Bien-être social sans cette aide.

Il n'y a pas assez de place dans les garderies d'enfants. Il faut avoir du travail pour vivre à Toronto. Dans ma circonscription, le taux de participation des femmes à la population active est presque le même que celui des hommes. Pourtant, il n'y a pas suffisamment de garderies sûres. Il y a eu des raids contre des garderies illégales, où les enfants étaient tout simplement parqués dans un sous-sol. Il y a même eu un meurtre dans une garderie illégale. C'est donc un problème très important. Une garderie d'enfants est prévue pour chaque école publique. J'aimerais donc savoir quand ce programme des garderies sera finalement proposé. L'aurons-nous avant la prochaine élection?

[Texte]

Mr. Beatty: It will indeed be in place. This is a commitment that will not be on the *Order Paper*. It will not be talked about or debated before Parliament. We are now consulting in provinces with various groups and individuals. We are assessing child care facilities to see what challenges there are and how to meet them.

You attributed the difficulties in Toronto to cut-backs to CAP. In fact, CAP is going to increase this year. In the case of Ontario, there is a cap on CAP of 5%. We are limiting the federal increase contribution to some 5%. If you consider the controls, we are talking about less than 1% of the revenues of the government of Ontario, at a time when Ontario suddenly found a windfall of several hundred million dollars that allowed them to balance their budget. Any shortfall they have, compared with what they would otherwise have received from the federal government, they can easily meet simply by changing priorities. Premier Peterson had an article in *Toronto Life* in which he said Ontario was not in a restraint mode; it was increasing spending at twice the rate of other jurisdictions. And indeed that is the case. They continue to increase spending in this budget.

• 1630

Even under CAP, if the premier had decided not to contribute a penny, that program would still take them above that 5% level of growth this year. They still have the ability to set their own priorities within CAP and to determine their highest priority. If it is child care, they have every ability to adjust that program as they see fit.

Ms Greene: The inflation rate in Toronto was 6.2% last year, and the typical day care centre model is usually a non-profit centre that must pay its staff and be managed properly. The full-pay parents can pay and people who need help go on a waiting list of over 6,000 people. So the centre cannot obtain its money, and when the fee is received it is below what it costs to run the day care centre. So the full-fee parents have to pick up the cost of day care for the subsidized parents, if in fact the subsidized parents can obtain a subsidy. So full-fee-paying parents are furious because the situation is not fair. Why should a payer of property tax in Metropolitan Toronto subsidize someone who is poor and does not necessarily come from Metropolitan Toronto? Single parents account for only 15% in my riding.

Mr. Beatty: The question they raise is a fair one, but the issue is with whom should it be raised. In the case of federal moneys that are transferred under CAP, we will increase the transfer to Ontario and are prepared to increase it to the tune of 5% this year. Whether any, all of, or more than that amount is used for child care is entirely at the discretion of the Ontario government.

Ms Greene: Yes. At the same time, there are tremendous demands because of the growth.

Mr. Beatty: Yes.

[Traduction]

M. Beatty: Le programme sera en place. C'est un engagement qui ne figurera pas au feuillet, qui ne fera pas l'objet de débat devant le Parlement. Nous procédons actuellement à des consultations dans les provinces, dans le but d'évaluer la situation actuelle et de voir les défis qu'il faudra relever.

Vous attribuez les difficultés que connaît Toronto aux réductions du RAPC. En fait, le RAPC va augmenter cette année. Pour l'Ontario, on a fixé un plafond de 5 p. 100, mais cela signifie que la contribution fédérale augmentera de 5 p. 100. Si vous tenez compte des contrôles, on parle de moins de 1 p. 100 des recettes du gouvernement de l'Ontario, au moment même où la province a soudainement mis la main sur un trésor de plusieurs centaines de millions de dollars qui lui a permis d'équilibrer son budget. Autrement dit, s'il manque des fonds quelconques à la province, par rapport à ce qu'elle aurait pu avoir du gouvernement fédéral, elle pourra très facilement couvrir la différence en adaptant ses priorités. Le Premier ministre Peterson affirmait dans un article de *Toronto Life* que l'Ontario n'était pas en période de restrictions budgétaires, puisque la province augmentait ses dépenses deux fois plus vite que les autres juridictions, ce qui est tout à fait vrai. Les dépenses provinciales ne cessent d'augmenter.

Avec le RAPC, même si le Premier ministre provincial avait décidé de ne pas fournir un sou, la province aurait quand même dépassé le plafond de 5 p. 100 de croissance fixé pour cette année. Il lui est donc toujours parfaitement possible d'établir ses propres priorités au sujet du RAPC. Si ce sont les garderies d'enfants qu'elle place en premier, elle a tout le loisir d'ajuster le programme.

Mme Greene: L'an dernier, Toronto enregistrait un taux d'inflation de 6,2 p. 100. Or, la garderie typique de la ville est généralement une garderie à but non lucratif qui doit quand même payer son personnel et être bien gérée. Les parents qui ont un salaire satisfaisant peuvent payer les tarifs mais, pour ceux qui ont besoin d'aide, il y a une liste d'attente de plus de 6,000 noms. Les garderies ne peuvent donc pas obtenir leur argent et ce qu'elles reçoivent ne suffit pas à couvrir leurs coûts. Ce sont donc les parents qui payent le plein tarif qui doivent payer les coûts des garderies pour les parents subventionnés, pour autant que ces derniers peuvent obtenir une subvention. Donc, les parents payant plein tarif sont furieux, car ils estiment que ce n'est pas juste. Pourquoi un propriétaire foncier de la région de Toronto devrait-il subventionner un pauvre qui ne réside pas nécessairement dans cette région? Dans ma circonscription, il n'y a qu'environ 15 p. 100 de familles monoparentales.

M. Beatty: Cette question est légitime mais ce n'est pas à nous qu'il faut la poser. En ce qui concerne les crédits fédéraux transférés en vertu de RAPC, nous allons augmenter cette année d'environ 5 p. 100 ceux qui sont destinés à l'Ontario. Quant à savoir si toute cette somme, ou seulement une partie, sert à financer des services de garde d'enfants, c'est le gouvernement de la province qui en décide.

Mme Greene: Certes, mais il y a en même temps une demande extraordinaire à cause de la croissance de la ville.

M. Beatty: C'est vrai.

[Text]

Ms Greene: I am sure you have seen the transportation plan.

Mr. Beatty: Yes. There is no disagreement among any of us with regard to the shortfall between the need for child care and the number of available spaces. The new national program will be designed to try to reduce that shortfall.

I do not think anyone believes we will be able to create all the necessary spaces overnight, but the key principles are that we must increase spaces significantly, ensure they are quality spaces, and ensure enough flexibility in the system to recognize that no one model applies to every family and that families have the right to determine what model best fits their needs.

Ms Greene: Yes. The system should be accessed by low-income parents.

Mr. Beatty: Yes.

Ms Greene: The other subject I would like to ask you about is AIDS. At the last meeting of the AIDS committee, the Commissioner of Corrections was present and I sure you must have read about his representations and that of the deputy who had conducted a study of a woman's prison in which anonymous confidential testing was used whereby forms were filled out so that the information was readily available.

There was a high participation rate of 400 women, and of that group, over 50% were using intravenous drugs and 12% had AIDS. If we extrapolate that figure to the entire corrections sector, the figure that is reached is 983 inmates of federal prisons with AIDS, although the commissioner only has evidence that 9 inmates have AIDS and that 39 are HIV-positive.

I am deeply concerned about that figure, because these people are released into society. What are your views on this issue? It seems that from the point of view of your AIDS strategy this is a key group of people, who have been in conflict with the law, are probably not the most responsible and careful people, most of whom will eventually return to society and will not be very ethical in their practices.

Mr. Beatty: It is an area I am very much aware of and very sensitive to as a former Solicitor General of Canada who has visited a significant number of the federal prisons in Canada.

I would be cautious about simply making a straight-line extrapolation and of projecting levels of AIDS. We do have some hard data as to the number people who have tested HIV-positive, and the figures you list I think are accurate.

• 1635

Proposals have been made as to how to deal with this in prison. Obviously in place already are educational programs to try to affect people's behaviour. Some proposals have been made for programs that may make eminent sense on the outside but may be much more difficult on the inside.

For example, needle exchange is taking place in Toronto. It works there because of the co-operation of the authorities. If somebody who was an IV drug user thought that by going into a place he would be under surveillance from the police

[Translation]

Mme Greene: Je suis sûr que vous connaissez le plan des services de transport.

M. Beatty: Oui. Personne ici ne contestera le fait que l'on manque de garderies d'enfants, et c'est précisément pour y remédier que nous formulerons le nouveau programme national.

Personne ne s'attend certainement à ce que nous puissions créer du jour au lendemain toutes les places nécessaires mais les principes fondamentaux seront qu'il faut en augmenter sensiblement le nombre, s'assurer que les services sont de qualité, et veiller à ce que le système soit suffisamment souple pour offrir des options différentes aux familles en leur permettant de choisir celles qui leur conviennent le mieux.

Mme Greene: Oui. Le système devra être accessible aux parents à revenus modiques.

M. Beatty: Oui.

Mme Greene: Je voudrais maintenant parler du SIDA. Lors de la dernière rencontre du comité sur le SIDA, il y avait le commissaire du Service correctionnel. Or, je suis sûre que vous avez pris connaissance de ce qu'il a dit au sujet d'une étude effectuée de manière anonyme dans une prison de femmes, c'est-à-dire en protégeant l'identité des répondantes.

Le taux de participation fut très élevé, soit 400 femmes, dont plus de 50 p. 100 utilisaient des drogues intraveineuses et 12 p. 100 avaient le SIDA. Si nous extrapolons ces résultats à toute la population carcérale, nous arrivons à 983 détenus sous responsabilité fédérale atteints du SIDA, alors que le commissaire affirme qu'il n'y en a que neuf qui sont dans cette situation, et 39 qui sont séropositifs.

Je trouve cette situation très préoccupante, car on parle ici de gens qui retournent dans la société. Quelle est votre réaction? Il me semble qu'il s'agit là d'un groupe clé dans le cadre de votre stratégie de lutte contre le SIDA, puisque ce sont des gens qui ont eu des démêlés avec la justice, qui ne sont donc probablement pas les plus responsables possible et dont les pratiques ne sont sans doute pas toujours très morales.

M. Beatty: C'est un problème auquel je suis très sensible car, à titre d'ancien Solliciteur général du Canada, j'ai eu l'occasion de visiter un nombre important d'établissements d'incarcération fédéraux.

Il faut faire attention quand on fait des extrapolations au sujet du SIDA. Pour ce qui est des séropositifs, nous avons des chiffres solides qui me permettent de penser que ceux que vous avez indiqués sont probablement exacts.

Diverses propositions ont été faites pour s'attaquer à ce problème dans les prisons. Nous avons déjà mis en place des programmes d'éducation pour tenter d'influer sur le comportement. Il faut toutefois préciser que certaines propositions qui paraissent tout à fait raisonnables dans la société «civile» sont beaucoup plus difficiles à envisager dans la société carcérale.

Par exemple, il y a un programme d'échange de seringues à Toronto qui fonctionne grâce à la coopération des autorités. Si un drogué faisant des injections intraveineuses en arrivait à craindre qu'en échangeant ces seringues il

[Texte]

and be arrested for illegal possession of drugs, there would be no way needle exchange would ever work. So it is possible, with the co-operation of authorities outside of prisons, to be able to put up a program like that.

If you take it into a prison context, we have a serious ongoing problem with drug abuse within prisons. It is continuing problem. We still have not been able to keep prisons free of drugs. Needles can present themselves as very serious weapons within prisons.

The goal of the prison authorities is first of all to eliminate all drug use, period, within prisons, and to do so through surveillance, through seizure of drugs, and any other measures necessary to prevent that from happening. The success rate is not complete, but the goal is still there.

It would be simply impossible to run a needle exchange program within prisons. To suggest that we set aside say a room that an inmate could walk into at a time of his or her choosing to exchange needles, get a new one, and then go back and get a shot of heroin back in the cell later, and that the guards would look the other way, even if—

Ms Greene: I thought a little Javex might help.

Mr. Beatty: I think you put your finger on something worth looking at. Even if the authorities would agree to something like that, you then would have the problem of the introduction of very dangerous weapons into the prison—the needles themselves.

With the Solicitor General we are exploring what sorts of measures can be taken that recognize the fact that drugs do still exist in prison, even though they are not tolerated. What can we do to try to reduce conditions in which HIV disease may be spread? Those discussions are ongoing. I believe it may be possible for us to make progress there. I think it is important that we do.

The figures to date, fortunately, are low. But it is by intervening before the problem gets out of hand that you can ensure the figures stay low. It is too late once the figures go up.

Ms Greene: The figures are low because it is not an anonymous confidential testing program. They have to ask for it, and then the information is passed on.

Mr. Beatty: Still, if you were to compare them with the federal prison system in the United States you would find that the percentage figures for diagnosed cases are way, way higher than in Canada. Indeed, one of the phenomena different in Canada from the United States is that the second wave of AIDS coming through IV drug use, which has hit the United States with tremendous force, has not yet hit us with that sort of force. That is why we are maintaining and encouraging needle exchange programs.

[Traduction]

tomberait sous la surveillance de la police et risquerait d'être arrêté pour possession illégale de drogues, il ne participerait plus au programme. Il est donc possible de mettre en place un programme de cette nature à l'extérieur des prisons grâce à la collaboration des autorités.

En revanche, quand on parle du milieu carcéral, on fait face à un grave problème, durable, d'abus de drogues. Nous n'avons pas encore réussi à éliminer toutes les drogues des prisons, et les aiguilles des seringues peuvent constituer des armes très graves en milieu carcéral.

Le premier objectif des autorités carcérales est d'éliminer toute consommation de drogue, sans exception, grâce à la surveillance, à la saisie et à toutes les autres mesures jugées nécessaires. Les résultats ne sont pas complètement satisfaisants, mais l'objectif tient toujours.

Il serait tout simplement impossible de mettre en oeuvre un programme d'échange des seringues à l'intérieur des prisons. Comment pourrait-on réserver une pièce où les détenus pourraient se présenter à leur convenance pour échanger leurs seringues usagées afin de pouvoir retourner dans leur cellule pour reprendre une dose d'héroïne? Est-il pensable que les gardes ferment les yeux là-dessus, même si. . .

Mme Greene: Je pensais qu'on pourrait stériliser les seringues avec un peu de Javex.

M. Beatty: C'est une idée qu'il vaudrait sans doute la peine d'examiner. Cependant, même si les autorités acceptaient un programme de cette nature, il y aurait toujours le problème de l'introduction d'armes très dangereuses à l'intérieur des prisons, je veux parler des seringues elles-mêmes.

Nous étudions avec le Solliciteur général les mesures envisageables, qui amèneraient à reconnaître qu'il y a des drogues en prison, même si on n'est pas censé les tolérer. Que pouvons-nous faire pour éviter que le SIDA ne se répande? Les discussions continuent et nous trouverons peut-être le moyen d'avancer. Il est important qu'on le fasse.

Heureusement, les chiffres restent encore faibles, mais c'est en intervenant avant que le problème ne nous échappe que nous pourrions garantir qu'ils le restent. Après, il sera trop tard.

Mme Greene: Ils sont faibles parce qu'ils ne s'agit pas d'un programme de vérification anonyme.

M. Beatty: Pourtant, si vous les comparez à ceux du système carcéral des États-Unis, vous constaterez que le pourcentage de cas prouvés est beaucoup moins élevé au Canada. De fait, l'un des phénomènes qui distingue le Canada des États-Unis est que la deuxième vague de diffusion du SIDA par l'utilisation de drogues intraveineuses, qui a frappé les États-Unis comme un raz-de-marée, n'a pas encore atteint le Canada. Voilà pourquoi nous encourageons les programmes d'échange de seringues.

[Text]

The same sort of relationship can be seen within prison. As you pointed out, a very high percentage of inmates in prisons have alcohol and drug problems. Just as among IV drug users outside of prison, we find that the rates of infection are lower in Canada. The same applies within prison. This is not a cause for complacency, however. We have to look at programs that can prevent it.

The Chairman: Mr. Minister, what time constraints are you under? I understand you are flying out sometime later today.

Mr. Beatty: I have a plane to catch, but I am certainly here until 5 p.m., if that is good for the committee.

Mr. Fontana (London East): Mr. Chairman, perhaps in view of the fact that the minister has taken a long time to answer some of these very specific questions—because there are not any easy answers—I can pose my questions at the outset. He then can take as long as he likes to answer them.

I know you paid particular attention to smoking, drugs, AIDS, and so on, and I agree that you are making headway in there. They are very important issues, but I would like to discuss some of the core programs.

• 1640

Again, I will follow up on what Ms Greene was talking about with respect to child care, because you made a very profound statement saying that it is not only good social policy, it is good economic policy. If that is the case, then the only vehicle left that is available now where the federal government participates is through the Canada Assistance Plan. There are other programs, but essentially that is the delivery mechanism available for the delivery of day care and/or child care.

It would seem to me, and I think you have highlighted the fact, that for Ontario with its greater wealth than other provinces you have decided to cap the transfer payments. But the demand is not less, the demand is more. And if in fact the federal government wants to be taken seriously with respect to child care, then it would seem to me that it should continue on its original commitment with the provinces and not impose a 5% cap on CAP, which essentially deprives certain people of access to child care.

Secondly, with respect to health care in general, there is a reduction in the increase that is being transferred to the health care system totally at a time—and I am sure the minister would agree—when in fact costs go up and the demand on services through the hospitals and what have you continues to increase throughout the country. Therefore, again I look to the federal government's commitment to these core area programs, and again the commitment seems to be lessening.

You indicate you are going to introduce a child care program and that the only question is not one of need but exactly what form those programs will take. I suggest to you that in the interim one should deal with the waiting lists that

[Translation]

Il existe le même type de relations à l'intérieur des prisons. Comme vous l'avez souligné, un pourcentage très élevé de détenus ont des problèmes d'intoxication par l'alcool ou par les drogues. On constate cependant que les taux d'infection sont plus faibles au Canada parmi les usagers de drogues intraveineuses, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des prisons. Il n'y a cependant pas lieu de nous reposer sur nos lauriers. Il nous faut envisager des programmes de prévention.

Le président: Monsieur le Ministre, combien vous reste-t-il de temps? J'ai cru comprendre que vous deviez prendre l'avion ce soir.

M. Beatty: En effet, mais je peux certainement rester jusqu'à 17 heures, si cela vous convient.

M. Fontana (London-Est): Etant donné que le ministre a pris beaucoup de temps pour répondre à certaines de ces questions très spécifiques, ce qui est tout à fait normal parce qu'il s'agit de problèmes très complexes, j'aimerais poser toutes mes questions d'un seul coup, de façon à lui permettre de répondre à loisir.

Je sais que vous attachez beaucoup d'importance aux problèmes du tabac, des drogues, du SIDA, et je conviens que vous faites des progrès. Quoi qu'il en soit, même si ce sont des problèmes très importants, j'aimerais examiner de manière plus détaillée certains des programmes centraux du ministère.

Je reviens sur ce que disait M^{me} Greene au sujet des garderies d'enfants, car vous avez fait une déclaration très profonde en disant que c'est une question pas seulement de bonne politique sociale, mais aussi de bonne politique économique. Si tel est le cas, le seul mécanisme disponible pour obtenir la participation du gouvernement fédéral est celui du Régime d'assistance publique du Canada. Certes, on pourrait envisager d'autres programmes mais le mécanisme le plus évident de prestation des services de garde d'enfants reste fondamentalement celui-là.

Comme vous l'avez dit, l'Ontario étant plus riche que les autres provinces, vous avez décidé de plafonner ses paiements de transfert. Il n'en reste pas moins que la demande ne diminue pas, elle ne cesse d'augmenter. Si le gouvernement fédéral veut que l'on prenne au sérieux son programme de garderies d'enfants, il me semble donc qu'il devrait maintenir son engagement d'origine à l'égard des provinces et ne pas imposer de plafond de 5 p. 100 au RAPC, ce qui revient en fin de compte à priver certaines personnes de l'accès aux services.

Deuxièmement, pour ce qui est des services de santé en général, on constate une diminution du taux d'accroissement des sommes destinées à l'ensemble du réseau des services de santé, je suis sûr que le ministre en conviendra, alors que les coûts ne cessent d'augmenter, tout comme la demande de services. Ici encore, je m'attendrais à ce que le gouvernement fédéral maintienne ses engagements puisqu'il s'agit d'activités tout à fait fondamentales, mais il les diminue.

Vous dites que vous allez mettre en place un programme de garderies d'enfants et que la seule question à prendre en considération n'est pas celle des besoins mais plutôt de la méthode de prestation des services. À mon avis, en attendant

[Texte]

Ms Greene is talking about. In my own community people are waiting to get into day care spaces that may not even be there because non-profit centres or even profit commercial day care centres are not being built.

Lastly, the seniors program points out that our country is aging in terms of population, and more and more programs are going to be required, yet the Seniors Independence Program, which has been a very active and very popular program in past years, is being cut back. These are all pressing problems, yet the commitment of the federal government, on the surface, appears to be less commitment to these by way of financial resources.

I wonder if you would comment about the health care transfer payments, child care, and the seniors program.

Mr. Beatty: Mr. Fontana, you have phrased your questions in a very gracious and non-partisan way, and I am trying to look at a way to phrase my response in an equally non-partisan way.

With regard to child care, you indicated that CAP is essentially the only vehicle we have to deliver it. In fact, figures are considerably different. I mentioned earlier that we will be spending close to \$1 billion this year with respect to child care. The breakdown for this fiscal year will be that we anticipate putting about \$240 million into the Canada Assistance Plan, \$600 million through tax provisions into the Child Care Initiatives Fund—that is not three times the size, but over two and a half times the size—and \$70 million on training, which is all very significant.

With regard to CAP, and again I do not want to descend into simply partisan salvos being fired across, because I know it is a genuine search for information that you have, I believe very deeply that the very survival of the social safety net we have and the social programs that make us unique as Canadians require that we get our fiscal house in order. We have had very tight concerns in recent years on program spending in Ottawa. I used the figure early in my remarks of 3.6% federal program spending overall since 1984-85 while EPF was increasing at the rate of 6.3%.

There is no magic here for any of us. The figures remain the same. We can increase the deficit, increase taxes, or decrease program spending that much more if we are to leave transfer payments to the provinces untouched. In my view, if you look at the best balance to strike in terms of trying to deal with some of the very real fiscal realities we are facing today, where you have provincial governments running surpluses in some cases—certainly their debt service charges are way below Ottawa's in terms of percentage of tax revenues—it would be foolish for Ottawa to borrow more money at high interest rates to pass to provinces that are fiscally better equipped to cover the burden.

[Traduction]

que vous ayez pris des décisions à ce sujet, vous devriez au moins vous occuper des listes d'attente évoquées par M^{me} Greene. Dans ma collectivité, des gens attendent des places dans des garderies d'enfants qui n'existent peut-être même pas parce que l'on ne construit pas de garderies à but non lucratif, ni même d'ailleurs à but commercial.

Finalement, nous savons que la population canadienne est en cours de vieillissement et que ses besoins de services publics vont augmenter. Or, le programme d'aide à l'autonomie des aîné(e)s, qui a connu beaucoup de succès ces dernières années, subit lui aussi des coupures de crédits. Voilà donc toute une série de secteurs dans lesquels les problèmes sont pressants mais où le gouvernement fédéral semble réduire ses engagements financiers.

J'aimerais connaître votre réaction sur tout cela.

M. Beatty: Comme vous avez formulé vos questions de manière tout à fait objective et sans aucune partisanerie, monsieur Fontana, je vais m'efforcer de faire de même dans mes réponses.

Pour ce qui est des garderies d'enfants, vous dites que le RAPC est fondamentalement le seul mécanisme permettant de les financer, mais la réalité est bien différente. J'ai déjà signalé que nous allons consacrer cette année près d'un milliard de dollars aux garderies d'enfants. Pour l'exercice financier, nous estimons que cette somme sera ventilée de la manière suivante: environ 240 millions de dollars par le truchement du Régime d'assistance publique du Canada, 600 millions de dollars par le truchement de la Caisse d'aide aux projets en matière de garde des enfants—ce qui n'est peut-être pas trois fois le montant précédent mais au moins plus de deux fois et demie—et 70 millions de dollars par le truchement de la formation professionnelle. Tout cela n'est pas négligeable.

Pour ce qui est du RAPC, et je ne veux pas faire ici preuve de partisanerie, car je sais que vous êtes sincèrement à la recherche d'informations solides, je suis fermement convaincu que la survie même du réseau de services sociaux qui caractérise notre nation exige que nous mettions de l'ordre dans nos affaires financières. Depuis quelques années, Ottawa gère très rigoureusement ses dépenses. J'ai dit tout à l'heure que les dépenses fédérales ont augmenté globalement de 3,6 p. 100 depuis 1984-1985, alors que celles du FPE ont augmenté de 6,3 p. 100.

Il n'y a pas de solution miracle. Les chiffres sont incontournables. Nous pouvons accroître le déficit et augmenter les impôts, mais nous pouvons aussi réduire nos dépenses si nous ne changeons pas les paiements de transfert aux provinces. À mon sens, considérant la réalité fiscale d'aujourd'hui, où nous constatons que certains gouvernements provinciaux ont des budgets excédentaires, et où il est évident que le service de leur dette est largement inférieur à celui que doit assumer Ottawa, par rapport à ses recettes fiscales, il serait absurde que le gouvernement fédéral emprunte de l'argent à des taux d'intérêt élevés pour le donner à des provinces qui sont mieux placées, sur le plan financier, pour assumer ce fardeau.

[Text]

[Translation]

• 1645

Again, I go back to our province of Ontario. We are running a surplus in Ontario this year, and less than 11¢ out of every tax dollar in Ontario is going to cover interest on the provincial debt, but 35¢ off the top of every dollar that comes in from your taxes to Ottawa this year will be going for debt service charges. I just do not in conscience see how we could either add to the federal tax burden or dramatically increase the deficit or ratchet down that much more program spending, including transfer to individuals, in order to leave this totally open-ended for the provinces. That particularly is the case with our province of Ontario. What we have tried to do, particularly in the case of CAP, is to differentiate between have and have-not provinces.

The three have provinces will have a cap on them: British Columbia, Alberta, and Ontario. It is likely only two of them will be directly affected, in that only Alberta and Ontario were increasing, in terms of their take-up of CAP, by more than 5% per annum. In our opinion they are capable of absorbing that burden.

You mentioned health care: essentially the same concerns exist there. You will get no argument from me that we could put to good use any money that we can put into the health care system, but the demands are obviously finite. What we have to do is to ensure that we spend the money well and that we have adequate priorities.

Seniors remain a very high priority for us. We are currently budgeting three times as much contribution funding as before the seniors initiative began. It was \$8.8 million in 1987-88 and \$31.5 million projected for 1990-1991. And SIP is still in business; current projects are going to continue and new projects will be funded. SIP will also be able to spend more this year than it spent last year—\$16.5 million in 1990-91 versus about \$14 million in 1989-90. So we will see an increase in SIP spending.

Many of the programs under SIP of course are multi-year programs, and commitments we made last year carry into this year. We will be able to continue with that. One of the things I do want to do is—it goes back I think to Mr. Axworthy's question—take a look at SIP and New Horizons and see whether it makes sense to consolidate programs there. We would like to have something that is more seamless, in terms of how one applies it, what sort of funding is available, and so on. But we are taking a look at that at the present time.

Ms Langan (Mission—Coquitlam): One of the things that I understand you mentioned earlier was the UN Convention on the Rights of the Child and the need to have provincial ratification. I have about four questions I would like to ask you, one after the other, and you can answer at your leisure—

The Chairman: I hope they are all short answers, because we have a list of other questioners.

Ms Langan: Could you advise us which provinces have indicated their support for ratification of the UN convention?

Reprenons le cas de l'Ontario, province dont le budget de cette année est excédentaire et dont moins de 11 p. 100 des recettes fiscales sont destinées au service de la dette, alors que le chiffre est de 35 p. 100 pour Ottawa. Puis-je en toute conscience envisager d'accroître le fardeau fiscal fédéral, de creuser encore plus le déficit ou de sabrer encore plus dans nos dépenses, y compris dans les transferts aux particuliers, dans une situation pareille, ce qui reviendrait à ne demander aucun effort aux provinces, notamment à notre bonne province de l'Ontario? Ce que nous avons tenté de faire, notamment pour le RAPC, c'est d'établir une distinction entre les provinces prospères et celles qui le sont pas.

Les trois provinces riches feront l'objet d'un plafonnement: la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario. Il est d'ailleurs probable que seulement deux d'entre elles seront directement touchées, c'est-à-dire que seulement l'Alberta et l'Ontario devraient avoir une augmentation de plus de 5 p. 100 pour l'année de leurs budgets du RAPC. À notre avis, elles sont parfaitement capables d'assumer ce fardeau.

Les mêmes préoccupations gouvernent nos décisions en matière de services de santé. Ce n'est pas moi qui vous dirais que nous ne pourrions pas faire un excellent usage de toutes sommes supplémentaires que nous pourrions investir dans les services de santé, mais nos possibilités ne sont évidemment pas infinies. Il nous appartient donc de veiller à ce que l'argent soit bien dépensé, en fonction de priorités adéquates.

Pour ce qui est des personnes âgées, leur situation reste l'une de nos priorités fondamentales. Les budgets actuels qui leur sont destinés sont trois fois plus élevés qu'avant le lancement des divers programmes les concernant, soit 31,5 millions de dollars prévus pour 1990-1991, contre 8,8 millions de dollars en 1987-1988. Le PAAA se porte toujours très bien, aucun projet n'est abandonné et de nouveaux projets seront même financés. Le PAAA bénéficiera lui aussi de crédits plus élevés cette année que l'an dernier, soit 16,5 millions de dollars contre 14.

Évidemment, beaucoup des activités relevant du PAAA sont des activités pluriannuelles et les engagements effectués l'an dernier se prolongent cette année. Nous n'y changerons rien. Je voudrais cependant, et cela me ramène à la question de M. Axworthy, si je ne me trompe, revoir attentivement le PAAA et les Nouveaux Horizons pour voir s'il ne serait pas justifié de les fusionner. Nous aimerions en effet mettre en place quelque chose de plus cohérent, tout au moins au niveau des actions concrètes et du financement.

Mme Langan (Mission—Coquitlam): Vous avez dit plus tôt que la Convention des Nations Unies sur les droits des enfants doit être ratifiée par les provinces. J'aimerais vous poser quatre questions à la suite l'une de l'autre, pour que vous puissiez y répondre à loisir.

Le président: J'espère que les réponses seront brèves, car j'ai encore beaucoup de noms sur ma liste.

Mme Langan: Pouvez-vous nous dire quelles provinces ont indiqué qu'elles acceptaient de ratifier la Convention?

[Texte]

My second question is with regard to a question Mr. Dingwall asked about CAP, with reference to child care. I would like to comment on the fact that according to this budget there is a \$1.75 million cut to the Child Care Initiatives Fund. I would like you to comment on that.

This leads me to my third question, which was your response to Ms Greene. You said that the Ontario government has only to change its priorities to facilitate the province with child care. In view of a 22% increase for CSIS in this budget and national defence increases at a time of global demilitarization, perhaps you could comment on what some might think a misdirection of priorities. As you are aware, there is a tremendous shortage of child care spaces in this country.

• 1650

My fourth question is one I raised last year. You promised to get back to me, but I have heard nothing. It is about a national breast-screening program. I did some follow-up work with the program in British Columbia, and the statistics are staggering. If a woman has cancer and the disease runs its course to fatality, the medical cost is \$75,000. If the cancer is detected early enough and is treated, the cost is \$10,000 per victim. This means an enormous cost saving, because breast-screening programs are running at \$32 to \$34 per exam, as opposed to diagnostic testing, which is \$60 to \$84. And of course we are not getting the numbers of people into diagnostic because it is not geared for it.

As you are aware, Alberta is now into a program. Last time I understood you to agree that what province you live in might determine whether or not you survive breast cancer. After our last discussion I had great hopes that there would be something coming from you on this program. I would appreciate it if you could comment on that, because I do not see anything in the budget to even touch on it, nor have you come to me with the information.

Mr. Beatty: Ms Langan, I apologize if we did not follow up with you. I will find out what happened and I will get you an answer on that. Did you follow up with us when you did not hear?

Ms Langan: I think we called once and we were told it was coming, but I am not sure.

Mr. Beatty: We will find out. If members are ever promised that we will supply information and you do not get it, unless I hear from you I assume it has been given.

Ms Langan: I have resisted asking you in the House because I thought it was coming.

Mr. Beatty: We will get that answer and we will get it to you on a timely basis. In any case, where we make an undertaking to give you information and we do not deliver, please let me know.

[Traduction]

Deuxièmement, pour revenir sur une question de M. Dingwall concernant le RAPC, j'aimerais avoir des précisions sur le fait, selon ce budget, que le fonds de la Caisse d'aide aux projets en matière de garde des enfants sera réduit de 1,75 million de dollars.

Ce qui m'amène à ma troisième question, découlant de votre réponse à M^{me} Greene, à qui vous avez dit qu'il suffirait au gouvernement de l'Ontario de modifier ses priorités pour élargir les services de garderies d'enfants. Étant donné que ce budget prévoit une augmentation de 22 p. 100 pour le SCRS, ainsi qu'une augmentation non négligeable pour la Défense nationale à une époque de démilitarisation mondiale, ne croyez-vous pas, comme certains, que cela témoigne d'un sens particulièrement bizarre de nos priorités nationales? Comme vous le savez, notre pays souffre actuellement d'une pénurie grave de garderies d'enfants.

Ma quatrième question en est une que j'ai déjà posée l'an dernier et au sujet de laquelle vous ne m'avez pas répondu, malgré votre promesse. Il s'agit d'un programme national de dépistage mammographique du cancer. J'ai étudié le programme mis en place en Colombie-Britannique, et les chiffres sont effarants. Si une femme est atteinte du cancer et que la maladie se poursuit jusqu'au décès, les coûts médicaux s'élèvent à 75,000\$. Par contre, si le cancer est repéré suffisamment tôt pour être traité, les coûts ne sont que de 10,000\$. On le voit, on pourrait effectuer des économies considérables avec un programme de détection mammographique, puisque chaque examen ne coûterait que de 32\$ à 34\$, contre 60\$ à 84\$ pour le système actuel de tests de dépistage. En outre, le système actuel ne permet pas d'atteindre toutes les personnes voulues, puisqu'il n'est pas conçu pour cela.

Comme vous le savez, l'Alberta vient de lancer un programme comme je le souhaite. L'an dernier, j'avais cru comprendre que vous étiez d'accord avec l'idée qu'une femme pouvait ou non survivre au cancer du sein selon sa province de résidence. Après notre discussion, j'espérais que vous feriez quelque chose à ce sujet. Je voudrais donc connaître votre réponse aujourd'hui, puisque je ne vois strictement rien à cet égard dans le budget et que vous ne m'avez fourni aucune information.

M. Beatty: Veuillez m'excuser si je ne vous ai pas répondu, madame Langan. Je vais faire des recherches. Avez-vous repris contact avec nos services quand vous n'avez pas reçu de réponse?

Mme Langan: Je crois que nous avons téléphoné une fois et qu'on nous avait dit que nous allions recevoir quelque chose, mais je n'en suis pas sûre.

M. Beatty: Nous allons vérifier. Si nous promettons aux députés de leur fournir des informations et qu'ils ne m'en reparlent plus après, je suppose qu'ils les ont reçues.

Mme Langan: J'hésitais à vous en reparler car je pensais que j'allais l'obtenir.

M. Beatty: Nous allons vous répondre, et sans tarder. Quoiqu'il en soit, si nous nous engageons à vous fournir des informations et que vous ne les obtenez pas, n'hésitez pas à me le dire.

[Text]

Ms Langan: Is that your answer to my issue—that you will just get back to me?

Mr. Beatty: Yes, we will get you the full answer we promised you.

With regard to the other three issues... With regard to ratification, I have not been able to check myself because I think the information goes to External Affairs, but I believe all provinces have indicated their support for ratification. And our goal is to get everybody onboard. It has moved along quite well with the provinces. This is second-hand information, so I apologize if it is not correct, but I believe the most recent one—the final one—was recently received.

With regard to CAP, I think there was some confusion between CAP and CCIF. CCIF is independent of CAP.

Ms Langan: I said besides CAP.

Mr. Beatty: I am sorry, I thought you said within CAP.

In the case of CCIF, yes, there has been some constriction in grants and contributions. These are spelled out, I think, in part III of the estimates. In the case of CCIF we will be spending the same amount this year as we did last year, but we will not be increasing this year over last. That means currently funded projects will not be adversely affected, and new applications for funding will still be accepted. We do not have the same discretionary money that we had last year because a lot of the projects carry over from year to year.

Ms Langan: Has there been an analysis of what has been done with that program to date?

Mr. Beatty: What do you mean by analysis? I can give you figures on what sorts of projects.

Ms Langan: What about the the effectiveness? Obviously it is not designed to create spaces. It is very difficult to get funding. Has that been looked at, addressed and adjusted to facilitate it?

Mr. Beatty: It cannot be all that difficult. Some 251 projects have been funded to date, and we are continuing to fund these. There have been some striking successes. For example, in British Columbia I had the pleasure of visiting the Cridge Centre and seeing the hub model they developed for provision of child care. It is creating spaces. I do not pretend CCIF is the the long-term answer—

Ms Langan: But you did not use all of the money allocated last year—

Mr. Beatty: No, and—

Ms Langan: —which would suggest that it is very difficult to get the funding.

Mr. Beatty: Because it is an initiatives fund, and what we are looking for is innovative proposals. It is not simply a fund to supplement what is being done by CAP. It is designed to provide us with something new and of continuing importance.

[Translation]

Mme Langan: Est-ce là votre réponse à ma question?

M. Beatty: Oui, nous allons vous fournir la réponse complète que nous vous avons promise.

En ce qui concerne maintenant la ratification de la Convention, je n'ai pas pu vérifier moi-même car c'est le ministère des Affaires extérieures qui s'en occupe. Je crois toutefois que toutes les provinces ont dit qu'elles étaient d'accord pour la ratifier, et c'est évidemment notre objectif. Je crois que les choses ont bien avancé, c'est en tout cas ce qu'on m'a dit la dernière fois que j'ai vérifié. Il se peut cependant que ce ne soit pas une réponse tout à fait exacte, et je m'en excuse par avance.

Pour ce qui est du RAPC, je crois que vous faites une certaine confusion entre ce programme et la CAPG, qui est indépendante.

Mme Langan: Non, j'ai précisément dit que c'était en dehors du RAPC.

M. Beatty: Veuillez m'excuser, j'avais compris le contraire.

Quoiqu'il en soit, il est vrai qu'il y a eu une certaine compression des subventions et contributions au titre de la caisse d'aide aux projets en matière de garde d'enfants. Vous en trouverez les détails à la partie III du Budget. Dans le cadre de cette caisse, nous dépenserons la même somme cette année que l'an dernier, ce qui signifie que les projets actuellement financés ne seront pas touchés, et que de nouvelles demandes seront encore acceptées. Par contre, nous n'avons plus autant de crédits discrectionnaires que l'an dernier, puisque bon nombre de projets se poursuivent d'une année à l'autre.

Mme Langan: Avez-vous commandé une analyse de ce qui a été fait avec ce programme jusqu'à présent?

M. Beatty: Qu'entendez-vous par une analyse? Je peux vous donner des chiffres sur les projets.

Mme Langan: Avez-vous évalué l'efficacité du programme? Il est évident que celui-ci n'est pas destiné à créer de nouvelles places de garderie, car il est très difficile d'obtenir des fonds. Cette situation a-t-elle été corrigée?

M. Beatty: Ce ne doit pas être très difficile. Jusqu'à présent, 251 projets ont déjà été financés et continueront de recevoir notre aide. Nous avons enregistré des succès remarquables. Ainsi, j'ai eu le plaisir en Colombie-Britannique de visiter le Cridge Centre qui est une sorte de système de prestations rayonnantes de service de garde d'enfants. Notre programme permet donc de créer de nouvelles places. Je ne prétends pas que la caisse soit la réponse à long terme. . .

Mme Langan: Mais vous n'avez pas utilisé l'an dernier toutes les sommes qui avaient été attribuées au programme. . .

M. Beatty: Non et. . .

Mme Langan: . . .ce qui me porte à croire que les candidats ont beaucoup de difficulté à obtenir des crédits.

M. Beatty: C'est parce qu'il s'agit d'un programme tributaire d'initiatives nouvelles, c'est-à-dire que nous devons recevoir des propositions novatrices. Il ne s'agit pas simplement d'augmenter ce qui est déjà fait dans le cadre du RAPC. C'est destiné à fournir de nouveaux services, durables.

[Texte]

[Traduction]

• 1655

For example, one of the studies we funded was a study by the Victorian Order of Nurses in the Waterloo region. They were looking at sick child care, something about which there is a clear gap in the system today. It is innovative, and I think an excellent project. They were making a proposal to us for a project that would give us information that will be very helpful in the design of the national child care system. That is the sort of thing we are looking for. Not every proposal to provide child care is eligible for CCIF. It has to be something—

Ms Langan: I am very aware of that.

Mr. Beatty: Nor is it designed to meet that. It is designed to provide us with new information and innovative solutions, and I think we should continue to encourage that.

The government looked line by line at every single area of federal government spending and obviously had to take decisions as to where responsibilities lie.

I used to be Solicitor General responsible for CSIS and I used to be Minister of National Defence. I have one hard-and-fast principle, which is that after I leave a portfolio I do not second-guess my colleagues and offer gratuitous advice.

Ms Langan: I am not asking you to second-guess, I am talking—

Mr. Beatty: Suffice it to say that the government looked very carefully at all priorities and the budget spells out the importance they assigned a whole range of areas.

Ms Langan: With a few changes in priorities, we could cover child care. That is what I am saying in response to your answer to Ms Greene.

Ms Greene: Is that not for immigration processing?

Mr. Beatty: Indeed, in the case of CSIS, one of our serious problems. . . And again, I do not want to engage in a partisan debate. We could talk about the immigration policy, but as you know, we have had a very great influx of people claiming refugee status. CSIS is required to do background checks before we are able to adjudicate those claims. We could eliminate that. I do not think Canadians believe we should.

Ms Langan: Excuse me, Mr. Minister. I think he is able to answer for himself, Barbara.

Ms Greene: [Inaudible—Editor].

Mr. Beatty: Ms Greene is very helpful, though, in reminding me of something I had forgotten. We could discuss the case of national defence at great length, but I do not want to abuse my time.

Mr. Halliday (Oxford): I want to welcome the minister back to the committee, along with his newly acquired deputy minister. Ms Catley-Carlson made a reputation for herself in CIDA, as president of CIDA, a reputation both domestically and internationally. I think you will be pleased with the work she can provide for your department.

Par exemple, nous avons financé dans ce contexte une étude réalisé par les VON de la région de Waterloo au sujet de garderies pour enfants malades, secteur où il y a manifestement beaucoup à faire aujourd'hui. Il s'agissait là d'un projet tout à fait novateur et excellent qui était destiné à nous fournir des informations qui nous seront très utiles pour élaborer un réseau national de garderies d'enfants. Voilà le genre de choses que nous attendons. Il ne suffit pas de proposer de créer une garderie pour pouvoir émarger à la Caisse. Il faut que ce soit quelque chose. . .

Mme Langan: Je le sais.

M. Beatty: Ce programme est destiné à nous permettre de recueillir de nouvelles informations et des solutions novatrices. Je crois que nous devons continuer à l'encourager.

Le gouvernement a étudié attentivement ces programmes de dépenses, ligne par ligne, et il a évidemment dû prendre des décisions difficiles.

J'ai déjà été responsable du SCRS, lorsque j'étais solliciteur général, et j'ai aussi occupé le poste de ministre de la Défense nationale, et j'ai toujours appliqué un principe essentiel, qui est que je n'offre pas de conseils gratuits à mes successeurs.

Mme Langan: Ce n'est pas du tout ce que je vous demande, je dis seulement. . .

M. Beatty: Qu'il suffise de dire que le gouvernement a examiné très attentivement toutes ses priorités et que son budget reflète l'importance qu'il attribue à ses diverses activités.

Mme Langan: Il suffirait de modifier quelques priorités pour financer les garderies d'enfants. C'est tout ce que je veux dire au sujet de votre réponse à M^{me} Greene.

Mme Greene: Cela n'a-t-il rien à voir avec l'immigration?

M. Beatty: En effet, pour ce qui est du SCRS, l'un des problèmes graves. . . écoutez, je ne veux pas faire de partisanerie. Nous pourrions bien parler de politique de l'immigration car, comme vous le savez, nous avons été confrontés à un afflux massif de candidats au statut de réfugié. Le SCRS est tenu de vérifier les déclarations de ces candidats pour que nous puissions rendre nos décisions. Nous pourrions fort bien abolir cette tâche, mais je ne pense pas que ce soit ce que veulent les Canadiens.

Mme Langan: Veuillez m'excuser, monsieur le ministre. Je crois que Barbara est tout fait capable de répondre elle-même.

Mme Greene: [Inaudible—Le rédacteur].

M. Beatty: M^{me} Greene vient cependant de me rappeler quelque chose que j'avais oublié. Nous pourrions discuter longtemps de la Défense nationale, mais je ne veux pas abuser de votre temps.

M. Halliday (Oxford): Monsieur le ministre, je vous souhaite à nouveau la bienvenue devant notre comité, ainsi qu'à la nouvelle sous-ministre, madame Catley-Carlson, qui s'est forgé une réputation exceptionnelle, aussi bien au Canada qu'à l'étranger, lorsqu'elle présidait aux destinées de l'ACDI. Je crois que vous n'aurez qu'à vous féliciter de sa contribution au sein de votre ministère.

[Text]

Mr. Beatty: I simply second that, in case there is any doubt.

Mr. Halliday: I was pleased to note in your opening statement comments about your support for the environmental sensitivity issue, which has affected a number of people in Canada, and the fact that you are helping to sponsor a conference here in Ottawa that will include scientists and medical people. I do not think you mentioned the fact that people coming out of social welfare will also be involved, which is well received by the community of those people who suffer from environmental sensitivity. I can tell you that the feedback I have had, Mr. Minister, is very complimentary, and I want to congratulate you on that.

Secondly, you have had for a couple of months in your department a letter I wrote to you on behalf of a lawyer in Woodstock who suffers from multiple sclerosis. I am awaiting a reply, but I am not trying to press you on it except to say that I have more information to give you. However, I want to raise it publicly today as well.

People who have multiple sclerosis have a problem with getting around because of the difficulty with their muscles. They tend to have cramps or spasms in their muscles and they also have a weakness that develops, particularly if the ambient temperature is high. Two things help them. One is the swimming pool, particularly if the temperature in the water is low, and the second is air-conditioning. We have been trying by way of some letters to you and to some of your colleagues to get some tax concessions for those people, knowing the concern you have for human beings and recalling the fact that your predecessor, whom you mentioned a short while ago, the Hon. Waldo Monteith, recognized that similar sort of problem back in the days of polio. I then made a representation to him that items such as rocking beds and respiratory equipment should be deductible items on income tax. He had that processed very quickly. It went through the Minister of Finance at that time and became part of the allowable deductions for medical reasons.

I am suggesting to you, Mr. Minister, that probably we should look at the issue of swimming pools and air-conditioners for those who suffer from multiple sclerosis. I have some pretty good testimony, which I will send to you, from the professor of clinical neurology at the University of Western Ontario. I will read one sentence from his letter regarding Mr. Hutchinson. He says:

Although one could hardly justify a personal swimming pool for every patient, this would be the first patient to whom I have given my support for submitting a pool as an allowable medical expense, given the special circumstances of this particular patient.

• 1700

You have a letter of support in your files from your colleague, the Hon. Gerry Weiner. I am going to send you some more material. I hope you make your representation to your colleague, the Minister of Finance, to whom I talked to

[Translation]

M. Beatty: Opinion que je me contenterai de confirmer, pour quiconque risquait d'en douter.

M. Halliday: C'est avec plaisir que je vous ai entendu exprimer votre appui à cette question d'allergie environnementale, dont souffrent beaucoup de personnes au Canada, et je suis heureux que vous participiez à l'organisation d'une conférence scientifique à ce sujet à Ottawa. Vous n'avez pas mentionné que des spécialistes du bien-être social y participeront aussi, ce dont se réjouissent les gens qui souffrent d'allergie environnementale. Je tiens à vous dire que les réactions que j'ai recueillies à cet égard, monsieur le ministre, sont tout à fait positives et je vous en félicite.

Pour changer de sujet, je vous ai adressé il a quelques mois une lettre d'un avocat de Woodstock qui souffre de myopathie. Je n'ai pas encore reçu de réponse, mais je n'en réclame pas d'urgence car j'ai des informations complémentaires à vous communiquer. Je tiens cependant à évoquer publiquement cette question aujourd'hui.

Les gens qui souffrent de myopathie ont évidemment des problèmes de mobilité, car ils tendent à souffrir de crampes ou de spasmes musculaires, et leurs forces ont tendance à faiblir surtout lorsqu'il fait très chaud. Deux choses peuvent les aider: une piscine, surtout si l'eau y est maintenue à basse température, et la climatisation. Nous vous avons écrit, ainsi qu'à certains de vos collègues, pour essayer d'obtenir des concessions fiscales dans l'intérêt des myopathes, car nous savons bien que vous êtes sensible aux préoccupations d'ordre humanitaire. D'ailleurs, l'un de vos prédécesseurs, dont vous avez parlé il y a un instant, l'honorable Waldo Monteith, avait fait face à un problème de même nature à l'époque de la poliomyélite. Je lui avais demandé à cette époque que les articles dont ont besoin ces malades, comme du matériel respiratoire, soient déductibles de leur impôt sur le revenu, et il s'était occupé très rapidement de ce problème. Il s'était adressé au ministre des Finances et ces articles avaient été inscrits sur la liste des déductions acceptables pour des raisons médicales.

Je me demande si nous ne pourrions pas envisager la même chose, monsieur le ministre, pour les piscines et climatiseurs dont ont besoin les myopathes. Je vais vous adresser des informations très solides au sujet des bienfaits de ces articles pour les myopathes, recueillies par le professeur de neurologie clinique de l'université Western. Je vais vous lire un extrait de sa lettre concernant M. Hutchinson:

S'il est vrai qu'on ne saurait justifier une piscine individuelle par patient, je n'hésite pas à donner mon appui à M. Hutchinson pour que sa piscine soit considérée comme une dépense médicale déductible, étant donné les circonstances particulières dans lesquelles il se trouve.

Vous avez également dans vos dossiers une lettre d'appui de votre collègue, l'honorable Gerry Weiner, et j'ai l'intention de vous adresser d'autres documents. J'espère que vous porterez ce cas à l'attention de votre collègue, le

[Texte]

this morning at noon about this. He understands the problem but he has some difficulty in doing this in a way so it will not be abused. I understand that, but I am sure it is not beyond the imagination of you and your colleagues to achieve that.

Mr. Beatty: Dr. Halliday, I either just signed a letter to you or to one of our other colleagues who had raised a similar issue with regard to the designation in essence of certain common household devices as medical devices, or as devices that would be subject to favourable tax treatment. I think a vacuum cleaner was another one that was cited by some people, and air filters, which can be very important to people who suffer from sensitivities.

The difficulty is ensuring that the benefits go to those people who need them for medical purposes. I will double-check on that to make sure. You quite correctly make the point that it is a matter of policy for the Minister of Finance as opposed to myself. What I would do in a case like the one you wrote me about would be to ensure the Minister of Finance was aware of the representation.

Mr. Halliday: Under the Canada Pension Plan, when people are seeking disability you do not accept testimony from a family physician. You require an expert witness, or a specialist. That might be the answer to this problem here to avoid abuse. I think you would find that it could be done and achieved.

I have another question of a general nature that would allow the minister a change to philosophize a bit and give us his views. It relates to the study the standing committee is now engaged in, namely that of the health care system in Canada and its funding.

Would you like to comment on the fact that during the course of the last three years there have been six provinces, as well as our federal standing committee at the House of Commons, all of whom have seen reason to embark on a royal commission or task force study of the health services in their particular provinces, or in the country. I wonder if you would like to comment on why that has had to take place, because I know you have said—you said it when you were here a year ago, and many others have told us in the interim—that we have the best health care system in the world. Why, if we have the best health care system, have six provinces seen the need to embark on a study of their system provincially? Why have we had to do it federally? What are your views on that, and what you think might be done to remedy the problems that obviously must exist if all these studies are taking place?

Mr. Beatty: I offer my views with great trepidation, Dr. Halliday, because there are others around the table whose experience and knowledge of the system are much greater than mine.

I continue to believe that it is the best health care system anywhere in the world. My views have deepened since last year, having received a number of visitors from the United States and having been invited to speak about Canada's health care system to Americans. It certainly convinces me that there are many, many advantages in the structure that we have, which is basically sound.

[Traduction]

ministre des Finances, à qui j'en ai parlé à midi. Il comprend bien le problème mais il voudrait éviter que ce genre de décision prête à des abus. Je comprends bien ses réserves à cet égard mais je suis sûr que vous et vos collègues avez suffisamment d'imagination pour trouver une solution.

M. Beatty: Je dois vous dire, monsieur Halliday, que je viens tout juste de signer une lettre qui vous est destinée, ou qui est destinée à l'un de vos collègues, portant sur un problème de cette nature, à savoir l'octroi de concessions fiscales au sujet de certains équipements ménagers courants utilisés à des fins médicales. Je crois que les autres cas dont j'ai entendu parler concernent les aspirateurs et les filtres à air, qui peuvent être très importants pour les gens souffrant d'allergies environnementales.

Le problème est de s'assurer que les avantages fiscaux sont bien octroyés à des gens qui en ont vraiment besoin pour des raisons médicales. Je vérifierai où en est la situation. Vous avez raison de dire qu'il y a là une sorte d'opposition entre la politique du ministre des Finances et la mienne. Ce que je puis vous conseiller, au sujet du cas que vous avez évoqué, c'est d'entreprendre une démarche auprès du ministre des Finances.

M. Halliday: Quand des gens demandent une pension d'invalidité dans le cadre du Régime de pensions du Canada, vous n'acceptez pas le témoignage du médecin de famille, vous exigez le témoignage d'un spécialiste. Peut-être pourriez-vous appliquer ce principe au problème dont nous discutons.

Je voudrais vous poser maintenant une question d'ordre plus général concernant l'étude qu'a entreprise le comité permanent au sujet de la nature et du financement de notre réseau national de services de santé.

J'aimerais savoir ce que vous pensez du fait que, durant les trois dernières années, six provinces et notre comité permanent de la Chambre des communes ont jugé bon de créer des commissions royales ou des groupes d'étude sur les services de santé. Pourquoi croyez-vous que ces décisions ont été prises, étant donné que vous avez déclaré il y a un an, devant notre comité, que nous avions le meilleur système de services de santé au monde, ce que vous n'avez d'ailleurs pas été le seul à dire. Si tel est le cas, comment se fait-il que six provinces ont jugé bon d'étudier leurs propres réseaux? Comment se fait-il que nous ayons fait la même chose au niveau fédéral? Que croyez-vous que nous devrions faire pour résoudre les problèmes qui doivent manifestement exister pour que toutes ces études aient été entreprises?

M. Beatty: Je vais vous donner mon point de vue avec beaucoup d'enthousiasme, monsieur Halliday, mais je sais qu'il y a d'autres personnes autour de cette table qui connaissent beaucoup mieux que moi cette situation.

Je reste convaincu que nous avons le meilleur réseau au monde de services de santé. J'en suis d'ailleurs encore plus convaincu que l'an dernier, puisque j'ai eu depuis la possibilité d'entendre un certain nombre de spécialistes américains s'exprimer publiquement à ce sujet. Je suis convaincu que notre système offre de nombreux avantages et qu'il est fondamentalement sain.

[Text]

We are facing a problem, though, which exists around the world. It is that costs in the health care system continue to escalate at a rate, as Mr. Fontana was pointing out, that outstrips the consumer price index. We have that in Great Britain, we have it in Canada, in the United States and elsewhere.

We have a health care machine, if you like, if we continue to spend money in the way in which we have, that could consume infinite amounts of money that we could continue to put in, and continue to be doing very useful work, whether it is in research, in the provision of new technologies, in community services and so on.

Ms Kaplan of Ontario and others have offered the opinion that the fundamental issues in our health care system are not essentially a lack of funding, but rather the structure of the system and how we are using the money. I am certainly convinced that we are going to be driven to making tough decisions in the future, as we have to date, on how to allocate resources. We could continue to purchase every new piece of equipment that comes along, high-tech equipment. In some cases it can be cost-effective to do it, in other cases it can be very expensive.

• 1705

One of the things we have tried to do in order to get a handle on costs is to set up a national office of technology assessment in co-operation with the provinces to make sure we are not all re-inventing the wheel as we look at new technologies to pool the information.

Secondly, I am convinced that the focus of our system has to shift away from a curative approach to a preventive approach. It does not mean we will not continue to do anything we can to respond to disease after it occurs or respond to accidents after they occur. We have to do that, but it is infinitely cheaper for us to stop a child from ever starting to smoke than it is to treat somebody who contracts cancer. It is infinitely cheaper for us to educate people on how to avoid contracting AIDS than it is for us to provide services to them once they become infected with the disease. It is infinitely cheaper for us to prevent drug abuse and alcoholism in Canada than it is to treat the problem once it has occurred.

We have just released new guidelines for nutrition in Canada. One of the things that is most striking as you take a look at how the situation compares now with where it was back in the 1920s when the first Canada food guide came out—the first nutrition guidelines—is that we are suffering diseases of affluence right now. The problems back in the 1920s were largely how to ensure adequate nutrition and enough of all the various food groups for people to consume and to ensure they had a balanced diet. Our problems now, as you look at some cancers and at cardio-vascular disease, are problems often caused by excess. If you look at the new guidelines, they talk about temperance and limitation. Limit your intake of alcohol, salt, caffeine, fats and so on. Again, in dealing with cardio-vascular disease, prevention is infinitely more cost-effective than it is for us to deal with problems once they have developed.

[Translation]

Nous faisons toutefois face à un problème d'ampleur mondiale, celui de l'escalade des coûts à un rythme beaucoup plus élevé que l'inflation, comme le soulignait M. Fontana. C'est un problème qui existe en Grande-Bretagne, au Canada, aux États-Unis et ailleurs.

Si nous ne faisons rien, nous allons nous retrouver avec une machine de santé, si vous me permettez cette expression, capable de dévorer de l'argent en quantité infinie, mais capable aussi de faire du travail très utile, que ce soit dans le secteur de la recherche, des nouvelles technologies, des services communautaires, etc.

Comme beaucoup d'autres, M^{me} Kaplan, en Ontario, a déclaré que le problème fondamental qui se pose en matière de services de santé n'est pas fondamentalement une insuffisance de financement, mais plutôt un problème de structure et d'utilisation des crédits disponibles. Je suis pour ma part tout à fait convaincu que nous allons être obligés de continuer à prendre des décisions difficiles, comme nous l'avons déjà fait, au sujet de la répartition des ressources. Nous pouvons bien sûr continuer d'acheter sans hésiter toutes les nouvelles machines que l'on peut inventer, mais il faut se rendre compte que ce sont des décisions parfois efficaces, et parfois très coûteuses.

Pour tenter de maîtriser ces coûts, nous avons mis sur pied un bureau national d'évaluation technologique, en coopération avec les provinces, ce qui devrait nous permettre de ne pas réinventer le fil à couper le beurre chaque fois qu'une nouvelle technologie nous est proposée.

Deuxièmement, je suis convaincu que nous devons réorienter notre système de santé d'une approche curative à une approche préventive. Cela ne signifie pas que nous cesserons de faire tout notre possible pour faire face aux maladies ou aux accidents, c'est bien évident. Il est cependant infiniment moins coûteux, pour la société, de veiller à ce qu'un enfant ne commence jamais à fumer que de traiter un fumeur qui attrape le cancer. Il est infiniment moins coûteux d'apprendre aux gens ce qu'il faut faire pour éviter de contracter le SIDA que de fournir des services médicaux aux sidatiques. Il est infiniment moins coûteux de prévenir l'intoxication aux drogues ou à l'alcool que de traiter les intoxiqués.

Nous venons de publier de nouvelles directives en matière d'alimentation. Si vous comparez la situation actuelle à celle des années 20, quand on a publié le premier guide alimentaire du Canada, vous serez frappé de constater que les maladies dont nous souffons aujourd'hui sont des maladies de société riche. Dans les années 20, il s'agissait essentiellement d'améliorer l'alimentation de la population et de veiller à ce que les consommateurs aient un régime alimentaire équilibré. Aujourd'hui, les problèmes du cancer et des maladies cardio-vasculaires sont essentiellement des problèmes d'excès. Notre nouveau guide parle souvent de modération et de limitation. Nous conseillons de limiter la consommation d'alcool, de sel, de caféine, de matières grasses, etc. Pour ce qui est des maladies cardio-vasculaires, je le répète, la prévention est infiniment plus rentable que la guérison.

[Texte]

It is not an answer to your question. Anybody who offers you a pat answer to it I think is conning somebody. We could usefully spend every single penny we could find to put into the health care system, but I think what we have to do is spend the money more wisely perhaps than we have in the past, more cost-effectively, and that means shifting focus. It also means encouraging all of the partners in a co-operative way to work at how best to deliver services.

Deinstitutionalization is another example of that. It is very costly, and I think it is often less effective to maintain people in institutions than it is to provide services in communities, whether it means more routine services for seniors or services for persons with disabilities, or refocusing what we are doing. Re-examining the structure is something that needs to be done.

Finally, there will never be a time, in my view, when we can just sit back and say, well, that is it; the health system has evolved to the point where we need it to, and we are going to be comfortable. It is important that we keep our eye on the doughnut here. Actually, after the comments I just made about nutrition, that is probably not a good analogy. It is important that we keep essentials in mind, that the principle of an affordable, accessible, universal health care system, which enables us to set priorities and spend a lower percentage of GNP on health care than our neighbours to the south spend, is something that is worth defending in Canada and enhancing, and that should be our goal.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. I realize we have come to the end of your time. Unfortunately, I have at least one opposition member and five government members who would like to have the opportunity to continue asking questions. With your permission, we may ask to have you appear before the committee again at some future time. This is always one of the problems we have. We have had questioning, I think, from two members of each of the opposition parties and the government party at this time. However, on behalf of the committee, I would like to thank you as well as the deputy minister for appearing here.

We had before us yesterday morning the Canadian Dietetic Association, and I think they indicated that 6 out of 10 deaths can be traced back to nutritional problems, either the lack of proper nutrition or related to abuses within that. As you have indicated, there are a lot of areas of prevention, which is obviously the most cost-effective way to go if we can encourage Canadians to pursue those avenues.

• 1710

Thank you, sir, for appearing before us again. We appreciate the testimony you have given us. As I have indicated, there are certainly other questions members from all sides would like pursue at some time.

[Traduction]

Je sais que cela ne répond pas complètement à votre question. Quiconque prétendrait pouvoir y répondre en un instant vous tromperait. Certes, nos services de santé peuvent fort bien faire très bon usage de toutes les sommes que nous sommes prêts à leur fournir mais j'estime que l'heure est maintenant venue de faire un usage plus sage de l'argent, c'est-à-dire d'agir de manière plus efficiente, ce qui exige une réorientation de nos priorités fondamentales. Cela signifie aussi qu'il faut encourager nos partenaires pour trouver les meilleures méthodes de prestation des services.

Autre exemple de cette réorientation, la désinstitutionnalisation. Il est très coûteux, et bien souvent peu efficace, de maintenir les gens dans des institutions alors qu'on pourrait leur fournir des services au sein de leur collectivité, qu'il s'agisse de services routiniers pour les personnes âgées ou de services particuliers pour certaines catégories, comme les handicapés. En bref, il est grand temps pour nous de réexaminer la structure de nos services de santé.

Finalement, je dirais que nous n'aurons jamais le loisir d'arrêter ce genre d'analyse et de dire: «ça y est, nous avons le réseau de santé dont nous avons vraiment besoin et nous pouvons en rester là». Il est important de garder l'oeil sur le gâteau. En fait, après ce que je viens de dire sur la bonne alimentation, j'aurais probablement pu trouver une meilleure analogie. Quoi qu'il en soit, il est important de toujours tenir compte de l'essentiel, c'est-à-dire de préserver un réseau de services de santé abordable, accessible et universel, conforme à nos priorités et nous permettant d'y consacrer un pourcentage moins élevé de notre PNB que nos voisins du sud, ce qui mérite à mon avis d'être défendu et même d'être amélioré. Voilà quel devrait être notre objectif.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Nous en sommes malheureusement arrivés à la fin de la séance et il me restait au moins un député de l'opposition et cinq députés du gouvernement qui souhaitaient vous poser des questions. Si vous êtes d'accord, nous vous demanderons peut-être de revenir plus tard devant notre comité. Nous avons quand même donné à deux membres des partis d'opposition et à deux membres du parti gouvernemental la possibilité de vous interroger sérieusement. Au nom du comité, je vous remercie beaucoup, ainsi que la sous-ministre d'être venus témoigner.

Laissez-moi vous dire que des diététiciens qui témoignaient hier, au nom de leur Association canadienne, nous ont dit que l'on peut attribuer six décès sur dix à des problèmes de nutrition, c'est-à-dire soit à des carences ou à des abus. Comme vous l'avez dit, il y a beaucoup de domaines dans lesquels on peut agir de manière préventive, ce qui est manifestement la solution la plus efficiente, si on arrive à encourager les Canadiens.

Je vous remercie à nouveau de votre témoignage. Comme je l'ai dit, il y a beaucoup d'autres questions que les députés souhaiteront vous poser une autre fois.

[Text]

Mr. Axworthy: Just before the minister goes, I wonder if it would be appropriate to ask through you, Mr. Chairman, whether as we are looking at financing of the health care system in the committee as a whole the minister might be able to find the time in the not too distant future to come to the committee on that particular question with his views about financing the system and where we are going in the system.

Mr. Beatty: I am certainly in the hands of the committee. Further, my department is in the hands of the committee. If testimony from the experts within the department would be useful, it is certainly available.

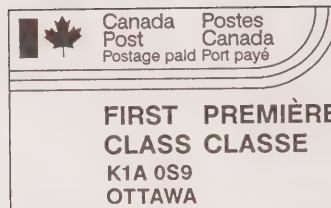
The Chairman: I declare the meeting adjourned.

[Translation]

M. Axworthy: Avant que le ministre ne nous quitte, monsieur le président, puis-je vous demander s'il serait possible au ministre de venir parler avec nous du problème particulier de financement et d'évolution du réseau canadien de services de santé, puisque c'est une question que nous examinons en comité plénier?

M. Beatty: Je suis tout à fait à votre disposition pour ce faire, tout comme mon ministère, d'ailleurs. Si vous souhaitez entendre des experts du ministère, ils seront à votre disposition.

Le président: La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 29

Tuesday, May 8, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 29

Le mardi 8 mai 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1990-91: Votes 25 and 35 under
EMPLOYMENT AND IMMIGRATION

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1990-1991: crédits 25 et 35
sous la rubrique EMPLOI ET IMMIGRATION

APPEARING:

The Honourable Mary Collins,
Minister responsible for the Status
of Women

WITNESS:

(See back cover)

COMPARAÎT:

L'honorable Mary Collins,
Ministre responsable de la
condition féminine

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 8, 1990
(37)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:35 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White, Stan Wilbee.

Acting Members present: Dawn Black for Chris Axworthy; Clément Couture for Nicole Roy-Arcelin; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Appearing: The Honourable Mary Collins, Minister responsible for the Status of Women.

Witness: From Status of Women Canada: Kay Stanley, Coordinator.

The Order of Reference dated Thursday, February 22, 1990, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1991 being read as follows:

Ordered,—That Votes 25 and 35 under EMPLOYMENT AND IMMIGRATION be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

The Chairman called Vote 35.

The Minister made a statement and, with the witness, answered questions.

On motion of Mary Clancy, it was agreed,—That the Secretary of State be invited before this Committee to discuss the Women's Program Estimates.

At 11:12 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 8 MAI 1990
(37)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 35, dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White et Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Dawn Black remplace Chris Axworthy; Clément Couture remplace Nicole Roy-Arcelin; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Comparait: L'honorable Mary Collins, ministre responsable de la condition féminine.

Témoin: De Condition féminine Canada: Kay Stanley, coordonnatrice.

Lecture est donnée de l'ordre de renvoi du jeudi 22 février 1990, portant sur l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1991:

Il est ordonné,—Que les crédits 25 et 35, sous EMPLOI ET IMMIGRATION, soient renvoyés au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

Le président met en délibération le crédit 35.

La ministre fait un exposé et, avec la témoin, répond aux questions.

Sur motion de Mary Clancy, il est convenu,—Que le Secrétaire d'État soit invité à témoigner relativement aux crédits du programme pour les femmes.

À 11 h 12, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, May 8, 1990

• 0934

The Chairman: Order, please. We have a quorum.

• 0935

On Thursday, February 22, 1990, the House of Commons ordered, pursuant to Standing Order 81(6), Employment and Immigration votes 25 and 35 to be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs, Seniors and the Status of Women. Vote 25 is related to the Advisory Council on the Status of Women and vote 35 is related to the Status of Women, Office of the Co-ordinator.

I will now call vote 35, and I would like to welcome the minister at this time the Hon. Mary Collins. We are most pleased to have you with us this morning and welcome you to the committee.

We have as well from the Status of Women, Kay Stanley, the Co-ordinator—Kay, it is nice to see you back again—and Louise Bergeron de Villiers, Deputy Co-ordinator. Welcome to the committee this morning.

With that, I would ask the minister if she has some opening remarks, to be followed by questions from the witnesses.

Hon. Mary Collins (Associate Minister of National Defence and Minister responsible for the Status of Women): Thank you very much. It is a pleasure to have the opportunity to appear before you on the first opportunity as the newly appointed Minister responsible for the Status of Women.

To Mr. Chairman and members of the committee, what I would like to do at this point is to give you an overview of our department and to highlight some of our activities and achievements to date and to discuss our plans, particularly for this year and looking into the 1990s and then, of course, to respond to the questions you will have.

Let me begin by outlining what the agency's responsibilities are. I think sometimes there is some confusion about what the Status of Women does. Our first responsibility and role is policy analysis and development. These functions involve analysing government programs and proposals for their impact on women and contributing to the development of government legislation to policies and programs that are of particular concern to women and which impact on women.

These functions are co-ordinated on an interdepartmental basis within the federal government and on a federal-provincial-territorial level. The end results are policy recommendations that I propose to my Cabinet colleagues to improve the status of women.

Our second function is intergovernmental and non-governmental relations. This function entails ongoing consultations with the provinces and the territories and liaison with women's groups, academics, non-governmental organizations, governments of other nations and individuals interested in women's affairs both in Canada and abroad.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 8 mai 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte. Nous avons le quorum.

Le jeudi 22 février 1990, la Chambre des communes ordonnait, conformément à l'article 81(6) du Règlement, que les crédits 25 et 35 sous la rubrique Emploi et Immigration soient renvoyés au Comité permanent de la Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième Âge et de la Condition féminine. Le crédit 25 est lié au Conseil consultatif canadien de la situation de la femme et le crédit 35 au Bureau de la coordonatrice de Condition féminine Canada.

Je mets le crédit 35 en délibération. J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à la ministre, l'honorable Mary Collins. Nous sommes très heureux que vous soyez ici ce matin et nous vous souhaitons la bienvenue à notre Comité.

Nous recevons également ce matin Kay Stanley, coordonatrice de Condition féminine Canada—Kay, nous sommes heureux de vous revoir—et Louise Bergeron de Villiers, coordonatrice-adjointe. Bienvenue à notre comité ce matin.

J'aimerais maintenant inviter la ministre à faire une déclaration liminaire qui sera suivie d'une période de questions.

L'honorable Mary Collins (ministre associée de la Défense nationale et ministre responsable de la Condition féminine): Merci beaucoup. Je suis heureuse d'avoir l'occasion de comparaître pour la première fois devant votre comité à titre de ministre responsable de la Condition féminine.

J'aimerais d'abord vous donner un aperçu de notre ministère et souligner nos principales réalisations à ce jour. Je parlerai ensuite de nos plans pour cette année et pour la décennie 1990. Enfin, je serai heureuse de répondre à vos questions.

Permettez-moi d'abord de passer brièvement en revue les responsabilités de mon ministère. Je crois qu'il y a parfois une certaine confusion au sujet des responsabilités de Condition féminine Canada. Notre première responsabilité et notre rôle principal est l'analyse et l'élaboration des politiques. Il s'agit d'effectuer une analyse et un examen systématique des politiques, lois et programmes fédéraux sous l'angle de leur incidence sur la femme.

Ces fonctions sont coordonnées entre les différents ministères fédéraux et avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les résultats finaux sont des recommandations de politique que je propose à mes collègues du Cabinet en vue d'améliorer la condition de la femme.

Le deuxième secteur de mon ministère est celui des relations intergouvernementales et non-gouvernementales. Ce secteur est chargé des consultations régulières avec les provinces et les territoires, ainsi que de la liaison avec les groupes de femmes, les universitaires, les organismes non gouvernementaux, les gouvernements étrangers et les particuliers qui s'intéressent aux questions féminines au Canada et à l'étranger.

[Texte]

This activity keeps me informed of the current public environment on women's issues and at the same time we try to assist individuals and groups in their contacts with the federal government. In addition, the agency and I represent Canada at a number of international meetings that deal with women's affairs.

Finally, we have an important information and communications function. Our objective is to inform women's groups and the general public about federal government priorities and programs as they relate to the status of women.

Within these three broad categories, Status of Women Canada has undertaken a wide variety of activities over the past year. I would like to mention some of the highlights that have included the chairing of the federal-provincial-territorial working group on reproductive health; the preparation of a background paper entitled "Women in Conflict with the Law"; the development of the federal government plan of action on aboriginal women and economic development; the development of a federal government strategy on work and family responsibilities, which was tabled at the first ministers conference on the economy in November 1989; chairing the OECD working party on the role of women in the economy; and participation in organizing and hosting the National Forum on Family Violence.

We have also participated in national and provincial workshops on child sexual abuse. We have also coproduced the publications of the proceedings of the National Workshop on Women in an Aging Society which was held in October 1988. The preparation of an assessment of progress in achieving equality in education and training as outlined in *Towards a Labour Force Strategy—A Framework for Training for Women*, which was tabled at the first ministers conference in 1989. And preparations both substantive and logistical for the hosting of the third Commonwealth meeting of women's affairs ministers which will be held in Canada in October this year.

The issue of women and work continues to occupy a large part of our agenda, as we work to enhance our efforts to remove obstacles to women's full participation in the labour force.

We are keeping a very close watch on the progress being made by federally regulated employers to achieve a more representative work force, as required under the Employment Equity Act. Just last week we hosted, co-chaired with Employment and Immigration Canada, a workshop on employment equity, bringing together representatives of 22 women's groups. The Employment Equity Act is scheduled for review in 1991, and we want to be involved in getting that review under way at the start of those discussions, as many of the groups continue to press the government to apply more rigorous sanctions to unequitable employers.

[Traduction]

Cette fonction me tient au courant de l'environnement public sur les questions qui intéressent les femmes. Nous tentons également d'aider les particuliers et les groupes à communiquer avec le gouvernement fédéral. En outre, Condition féminine Canada et moi-même représentons le Canada lors des réunions des divers organismes internationaux qui traitent de questions féminines.

Enfin, nous avons un rôle important de communication et d'information. Notre rôle est de communiquer des renseignements aux femmes et au grand public, y compris aux groupements féminins, sur les priorités et les programmes du gouvernement et les questions qui intéressent les femmes.

Au cours des 12 derniers mois, Condition féminine Canada a entrepris toute une série d'activités dans le cadre de ses fonctions. Nous avons entre autres présidé le groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les technologies de reproduction; préparé une étude intitulée «Les femmes en conflit avec la loi»; élaboré le plan d'action fédéral pour le développement économique de la femme autochtone; élaboré une stratégie fédérale sur l'harmonisation des responsabilités professionnelles et familiales, un document qui a été déposé à la conférence des premiers ministres sur l'économie en novembre 1989; présidé une réunion du Groupe de travail de l'OCDE sur le rôle de la femme dans l'économie; et participé à l'organisation et à l'accueil de la Conférence nationale sur la violence familiale.

Nous avons en outre participé à des ateliers provinciaux et fédéraux sur les agressions sexuelles contre les enfants. Nous avons fait paraître en collaboration les actes de l'Atelier national sur la femme dans une société vieillissante qui s'est tenue en octobre 1988, et préparé une évaluation globale des progrès de l'accès à l'égalité dans le domaine de la formation et de l'éducation que l'on retrouve dans le document intitulé *Pour une stratégie de la main-d'oeuvre: cadre relatif à la formation professionnelle des femmes*, qui a été déposé à la conférence des premiers ministres en 1989. Nous assurons la coordination générale, à titre d'hôtes, de la troisième réunion des ministres du Commonwealth responsables de la condition féminine qui se tiendra au Canada en octobre prochain.

La question des femmes au travail occupe toujours une place importante dans nos activités, car le gouvernement redouble d'efforts en vue de supprimer les obstacles à la participation totale des femmes dans la population active.

Nous surveillons de près les progrès accomplis par les employeurs soumis à la réglementation fédérale pour arriver à une main-d'oeuvre plus représentative, tel que l'exige la Loi sur l'équité en matière d'emploi. La semaine dernière nous avons accueilli, en co-parrainage avec Emploi et Immigration Canada, un atelier sur l'équité en matière d'emploi qui réunissait des représentants de 22 groupes féminins. Un examen de la Loi sur l'équité en matière d'emploi est prévu en 1991, et nous voulons participer à cet examen dès le début des discussions, car de nombreux groupes continuent à faire pression auprès du gouvernement afin qu'il impose des sanctions plus rigoureuses aux employeurs «iniques».

[Text]

The recent report, the Task Force on Barriers to Women in the Public Service, was just excellent. It was authored by Jean Edmonds, Jocelyn Côté-O'Hara, and Edna MacKenzie. It provides insights into the hard realities regarding employment barriers in the federal Public Service, and recommends areas where action should be taken. Much obviously still remains to be done to encourage fair and equal treatment of women throughout the labour force, including the Public Service.

Our government recognizes that barriers to employment are especially acute among groups such as aboriginal women. To address this problem, Status of Women Canada has established a working group with representatives of the three national aboriginal women's organizations. This working group has developed a federal government plan of action on aboriginal women's economic development. It contains measures to address the economic needs of aboriginal women, to ensure improved and more equitable access to federal economic development programs, and to provide better data collection for use in policy and program development. This plan of action has been worked on as well with my colleagues in Cabinet, and I will be tabling it at the upcoming annual conference of federal-provincial-territorial ministers responsible for women.

While women are playing an expanded role in the paid labour force, their responsibilities at home have not diminished in the same proportion. Our government, along with provincial and territorial governments, is currently involved in a major effort to develop practical policies and initiatives to ease the burden of integrating work and family responsibilities. This effort is undertaken at the request of the Prime Minister and the provincial premiers, who in 1987 directed Canada's federal, provincial, and territorial status of women ministers to develop strategies to address the changing relationships between work and family life. A report on these strategies was submitted to the first ministers conference on the economy in November 1989, and the first ministers are expecting further progress reports from us.

A major difficulty in successfully integrating work and family responsibilities is the need for adequate and affordable child care. I know that is an issue this committee has been looking at. The government remains committed to act to meet its child-care objectives during this mandate and Status of Women Canada continues to work closely with Health and Welfare and other departments in this regard.

[Translation]

Le rapport récent du Groupe de travail sur les obstacles rencontrés par les femmes dans la Fonction publique est tout simplement excellent. Il a été rédigé par Jean Edmonds, Jocelyne Côté-O'Hara et Edna MacKenzie. Il donne une perspective de la dure réalité en ce qui concerne les obstacles à l'emploi dans la Fonction publique fédérale et signale les secteurs où il y aurait lieu de prendre des mesures. Évidemment, il reste beaucoup à faire pour encourager le traitement égal et équitable des femmes sur le marché du travail, y compris dans la Fonction publique.

Notre gouvernement se rend compte que les obstacles à l'emploi sont particulièrement importants chez les femmes autochtones par exemple. Pour étudier ce problème, Condition féminine Canada a mis sur pied un groupe de travail qui réunit des représentantes des trois groupements nationaux de femmes autochtones. Ce groupe de travail a conçu un plan d'action fédérale pour le développement économique de la femme autochtone. Ce plan propose des mesures pour répondre aux besoins économiques des femmes autochtones, pour leur garantir un accès plus direct et plus équitable aux programmes de développement fédéraux et pour améliorer la collecte des données utilisées lors de l'élaboration des politiques et programmes. Ce plan d'action a également été façonné par mes collègues du Cabinet, et je le déposerai lors de la prochaine conférence annuelle des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de la condition féminine.

Même si les femmes jouent un rôle de plus en plus grand sur le marché du travail, leurs responsabilités familiales n'ont pas pour autant diminué proportionnellement. Notre gouvernement, avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, participent actuellement à un effort important pour élaborer des politiques et des initiatives pratiques afin de faciliter l'harmonisation des responsabilités professionnelles et familiales. Cette initiative a été entreprise à la demande du premier ministre et des premiers ministres provinciaux qui, en 1987, ont demandé aux ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de la condition féminine d'élaborer des stratégies pour mieux faire face aux nouvelles responsabilités professionnelles et familiales. Un rapport a été présenté en novembre 1989 à la Conférence des premiers ministres sur l'économie, et les premiers ministres s'attendent à ce que nous leur présentions d'autres rapports sur l'état de la question.

L'un des principaux obstacles à l'harmonisation des responsabilités professionnelles et familiales est l'absence de services de garde d'enfants adéquats et abordables. Je sais que votre comité s'est penché sur la question. Le gouvernement maintient son engagement à prendre des mesures pour atteindre ses objectifs en matière de garde d'enfants au cours de son mandat, et Condition féminine Canada continue à travailler en étroite collaboration avec Santé et Bien-être et d'autres ministères à cet égard.

[Texte]

The Child Care Initiatives Fund has continued to provide funding for studies to determine the various child care needs of Canadian families and to test innovative approaches to providing child care services. Special consideration is being given to child care needs in the workplace, in rural and remote parts of Canada, and in after-school care and services for children who are disabled.

In addition, special benefits contained in amendments proposed in the Unemployment Insurance Act will aid families on the birth or adoption of a child. That bill proposes a two-tiered system of 15 weeks of maternity benefits for the pregnant woman in the period surrounding the birth of a child, plus a further 10 weeks of parental benefits available for natural or adoptive parents, either to the mother or the father or shared between them.

Status of Women Canada has also played an active role in developing the terms of reference for the Royal Commission on New Reproductive Technologies. We were successful in including in the commission's mandate consideration of the implication of new reproductive technologies for women's reproductive health and well-being. That commission will also examine and report on current and potential developments in reproductive technology, and consider their social, ethical, health, legal, and economic implications, and recommend policies and safeguards.

• 0945

On another topic, the elimination of family violence continues to be an ongoing priority at Status of Women Canada, and is certainly one of my personal priorities. In June 1988 the government announced an allocation of \$40 million over four years as part of the family violence initiatives; \$22.5 million of this amount has been allocated to 500 new short-term shelter units for crisis assistance, and this aid is to directly assist an additional 25,000 women and their children seeking refuge from abusive situations.

As part of the family violence initiatives, we participated in consultations with national and non-governmental organizations in May 1989, and with groups and experts in several other federal departments in the National Forum on Family Violence, held in Ottawa in June 1989.

We have also been actively participating in the second round of consultations, which has just been completed with the provinces. The objective of these consultations is to develop a multidisciplinary, co-ordinated long-term strategy aiming at reducing family violence.

This multidisciplinary approach involved in combatting family violence demonstrates the needs for co-operative responses to meet today's complex problems. This need has resulted in the emergence of a partnership of forces striving to promote the advancement of women in Canada. This partnership involves federal and other levels of government, working together with individuals and women's organizations and other groups to improve the status of women.

[Traduction]

Le Fonds pour les initiatives en matière de garde d'enfants a continué à financer des études afin de déterminer les divers besoins des familles canadiennes en matière de garde d'enfants et de faire l'essai de formules innovatrices en vue d'offrir des services de garde d'enfants. Une attention spéciale est accordée au besoin en matière de garde d'enfants en milieu de travail, dans les régions rurales et isolées du Canada, et aux soins et services de garde après l'école pour les enfants handicapés.

En outre, des dispositions spéciales contenues dans les modifications proposées à la Loi sur l'assurance-chômage aideront les familles lors de la naissance ou de l'adoption d'un enfant. Ce projet de loi propose un système à deux paliers de 15 semaines de prestations de maternité pour la femme enceinte au cours de la période entourant la naissance d'un enfant, plus 10 autres semaines de prestations parentales pour les parents naturels ou adoptifs, qui peuvent être versés à la mère, au père ou partagées entre les deux.

Condition féminine Canada a également joué un rôle actif lors de l'élaboration du mandat de la Commission royale d'enquête sur les technologies de reproduction. Nous avons réussi à faire inclure dans le mandat l'étude des conséquences des nouvelles techniques de reproduction sur la santé et le bien-être des femmes. Cette commission étudiera en outre les développements actuels et éventuels des techniques de reproduction et se penchera sur leurs conséquences sociales, éthiques, juridiques, économiques et pour la santé; elle recommandera également des politiques et des garanties.

Une autre question, celle de l'élimination de la violence familiale est toujours une priorité à mon ministère, et elle est certainement l'une de mes priorités personnelles. En juin 1988, le gouvernement a annoncé des initiatives au coût de 40 millions de dollars sur quatre années dans la lutte contre la violence familiale; de cette somme, 22,5 millions de dollars ont été alloués à 500 nouvelles unités d'accueil à court terme pour assistance immédiate, ce qui permettra d'aider directement 25,000 femmes de plus ainsi que leurs enfants qui veulent fuir une situation de violence familiale.

Dans le cas des initiatives sur la violence familiale, nous avons participé à des consultations avec des organismes nationaux et non gouvernementaux en mai 1989. Nous avons aussi consulté des groupes, des spécialistes et plusieurs autres ministères fédéraux à l'occasion de la Conférence sur la violence familiale qui a eu lieu à Ottawa en juin 1989.

Nous avons de plus participé activement à une deuxième ronde de consultations avec les provinces, qui vient tout juste de se terminer. Ces consultations visent à élaborer une stratégie multidisciplinaire et coordonner à long terme dans le but d'enrayer la violence familiale.

Cette approche multidisciplinaire pour combattre la violence familiale dénote le besoin de mesures coopératives pour faire face aux problèmes complexes d'aujourd'hui. Ce besoin a donné lieu à la mise sur pied d'un partenariat des forces en vue d'encourager l'avancement des femmes au Canada. Ce partenariat réunit le gouvernement fédéral et les autres paliers de gouvernement, ainsi que des femmes et des groupes féminins et d'autres groupes afin d'améliorer la condition féminine.

[Text]

I would like to direct you to the document before you, the Part III of the estimates of the Status of Women. You will note the increase of the agency's financial requirements over the 1989-90 forecast. The increase of \$392,000, or 10.87%, brings the agency's financial requirements for 1990-91 to a total of exactly \$4 million, I found. That is unusual. You do not usually get round numbers in government.

The increase in estimates is related to the preparations for the meeting of the Commonwealth ministers responsible for women's affairs, to be held in Ottawa in October 1990. I would like to tell you a bit about that meeting, because Canada is indeed privileged to host this third meeting of the Commonwealth women's affairs ministers.

The earlier meetings were held in 1985 in Nairobi, Kenya, and in 1987 in Harare, Zimbabwe. On the latter occasion, a plan of action was adopted for women and development. The 49 Commonwealth member countries agreed then to integrate women's concerns in all areas, from economic planning to scholarship and training programs.

In addition to our host responsibilities, Status of Women Canada is working closely with External Affairs and CIDA and Finance and other involved departments in developing the substantive aspects of Canada's participation. The October meeting will provide an opportunity to discuss a wide range of women's issues within the context of the Commonwealth, and is viewed as another step towards advancing women's global equality. I am also proud to mention that Canada was re-elected to serve a third consecutive four-year term on the United Nations Commission on the Status of Women, beginning in 1989.

In 1990, an extended session of the commission reviewed the efforts and progress of countries in implementing the forward-looking strategies. I am pleased to note that the Canadian participation was active, and much appreciated by members of the commission, especially with regard to the work required to adopt the final document of recommendations and conclusions. Kay Stanley attended that meeting for us.

Here at home, the Prime Minister and the premiers have recommended the establishing of a Task Force on Human Resource Development to address the need for a comprehensive human resources strategy in order that we may compete in world markets. To meet the challenges of a new decade, the Canadian economy will need the skills and talents of all its citizens, women and men, working to the fullest of their abilities.

• 0950

In 1990-91 Status of Women Canada will be focusing its efforts in the following areas: co-ordinate the implementation and the further development of the federal strategy to integrate work and family responsibilities; promote

[Translation]

Si vous voulez bien vous reporter au document que vous avez devez devant vous, soit la Partie III du Budget des dépenses de Condition féminine Canada, vous remarquerez une augmentation de nos besoins financiers par rapport au budget principal de 1989-1990. L'augmentation de 392,000\$, ou de 10,87 p. 100., porte nos besoins financiers pour 1990-1991 à exactement quatre millions de dollars. C'est plutôt inhabituel. Il est rare que l'on arrive à un chiffre rond au gouvernement.

L'augmentation du budget principal est attribuable à la réunion des ministres du Commonwealth responsables de la condition féminine qui aura lieu à Ottawa en octobre 1990. J'aimerais vous parler un peu de cette réunion, car c'est un privilège pour le Canada que d'accueillir cette troisième réunion des ministres du Commonwealth responsables de la condition féminine.

Les réunions précédentes se sont tenues à Nairobi, au Kenya, en 1985 et à Harare, au Zimbabwe, en 1987. C'est lors de cette dernière réunion qu'un plan d'action a été adopté pour les femmes et le développement. Les 49 pays membres du Commonwealth sont alors convenus d'intégrer les questions féminines dans tous les domaines, à partir de la planification économique aux programmes de formation et de bourses d'études.

En plus d'assurer, à titre d'hôte, la coordination générale de la rencontre, Condition féminine Canada collabore étroitement avec les Affaires extérieures et l'ACDI, les Finances et d'autres ministères intéressés, à la détermination des orientations de fonds de la participation canadienne. La réunion d'octobre permettra d'aborder toute une série de questions féminines dans le contexte du Commonwealth, et est considérée comme une autre étape vers l'avancement de l'égalité des femmes à l'échelle mondiale. Je suis également fière de mentionner que le Canada a été réélu pour un troisième mandat consécutif de quatre ans à la Commission de la Condition de la femme des Nations Unies, à compter de 1989.

En 1990, la Commission s'est penché sur les efforts et les progrès accomplis pour mettre en oeuvre les stratégies prospectives d'actions de par le monde. Il me fait plaisir de souligner la participation active du Canada qui a été fort appréciée par les membres de la Commission, particulièrement en ce qui concerne le travail nécessaire pour adopter le document final des recommandations et des conclusions. Kay Stanley nous représentait à cette réunion.

Au Canada, le Premier ministre et ses homologues provinciaux ont recommandé la création d'un groupe de travail sur la mise en valeur des ressources humaines afin de répondre aux besoins d'une stratégie détaillée qui nous permettra de relever le défi de la concurrence sur les marchés mondiaux. Les gageurs de la nouvelle décennie exigent que l'économie canadienne compte sur les compétences et les talents de tous ses citoyens, femmes et hommes, qui devront utiliser à fond toutes leurs capacités.

En 1990-1991, Condition féminine Canada s'est fixé les objectifs suivants: coordonner les dernières étapes de l'élaboration de la mise en oeuvre de la stratégie fédérale en vue de permettre aux Canadiens de concilier responsabilités

[Texte]

implementation of the federal government plan of action to encourage economic development of aboriginal women; monitor the work of the task force on human resource development; participate in developing the government's response to the task force report on federally sentenced women; co-ordinate the organizing of the third Commonwealth meeting of the ministers responsible for women's affairs, to be held in Ottawa from October 8 to 12; and monitor implementation of the recommendations of the Task Force Report on Barriers to Women in the Public Service.

I would like to conclude my remarks with a few thoughts on the directions in which I see Status of Women Canada moving as we enter the 1990s. It is not so long ago that society generally assumed that the provision of legal equality for women would automatically lead to women's actual equality, but I think we all know it has not happened that way. Laws have not overcome the inequality of women's conditions in all spheres of life. They have not created a society willing to break out of the entrenched patterns of thinking that have justified discriminatory attitudes, practices and rules that have denied women's real equality.

What do I mean by women's real equality? I have had a lot of discussions about this question as I have been travelling across the country and meeting with groups. By women's real equality, I mean women having equal access to and a fair share with men in everything our society has to offer: in the political, economic, social, legal and cultural arenas; and I mean allowing women to enjoy all society's resources, benefits and protection with equal dignity, respect and opportunity.

Equality is freedom from discrimination. It involves dealing with the systemic disadvantages that women as a group have known, such as poor wages, unrespected work, social violence and under-representation in Canada's Parliament, in our other legislatures, our city councils, and our courts and agencies.

Equality involves women and men both assuming responsibility for both home and family. It means equal representation in education and training and the removal of obstacles in employment, hiring, job segregation, advancement and pay.

Status of Women Canada is tackling a broad range of issues of interest and of concern to women, in working towards equality for women in all aspects of Canadian life. Among these are pensions, family violence, child care, women's health, and issues related to women's employment, including part-time work, training and apprenticeship. We will continue to recognize and to advance the concern of women in these and other areas. We want to work in partnership with other federal departments, the provincial and territorial governments, women's groups, international agencies, and Canadian women and men.

[Traduction]

familiales et professionnelles; promouvoir l'application du plan d'action fédéral favorisant l'autonomie économique des femmes autochtones; surveiller les travaux du groupe de travail sur le développement des ressources humaines; participer à l'élaboration de la réponse du gouvernement au rapport du groupe d'étude sur les détenus sous responsabilité fédérale; coordonner l'organisation de la troisième réunion des ministres du Commonwealth chargée des questions féminines, qui aura lieu à Ottawa du 8 au 12 octobre; et surveiller la mise en oeuvre des recommandations du rapport du groupe de travail sur les obstacles rencontrés par les femmes dans la Fonction publique.

J'aimerais terminer en vous parlant de l'orientation générale que prend Condition féminine Canada à l'aube des années 90. Il n'y a pas si longtemps, la société supposait que dès que l'égalité des femmes serait reconnue par la loi, elle serait reconnue dans les faits. Nous savons tous que cela ne s'est pas produit. On n'a pas réussi, par voie législative, à corriger toutes les injustices commises à l'endroit des femmes dans notre société. Les lois qui ont été adoptées ne sont pas parvenues à changer les mentalités qui engendrent la discrimination et qui privent les femmes d'une égalité véritable.

Qu'est-ce que j'entends par égalité véritable? J'en ai beaucoup discuté avec les différents groupes que j'ai rencontrés. J'entends par là que les femmes soient présentes, au même titre que les hommes, dans tous les domaines de l'activité sociale, c'est-à-dire dans les domaines politique, économique, social, juridique et culturel. Cela signifie que les ressources, les avantages et la protection de la société doivent être mis aux services des femmes dont la dignité, le respect et l'égalité des chances doivent être reconnus.

L'égalité véritable suppose l'élimination de la discrimination systémique qui se traduit pour les femmes par des salaires peu élevés, un travail sous-estimé, la violence sociale et la sous-représentation au Parlement du Canada, dans nos assemblées législatives, dans nos conseils municipaux, dans nos tribunaux et organismes.

L'égalité véritable exige que les hommes et les femmes partagent les responsabilités familiales, une représentation égale des femmes dans l'éducation et la formation et la suppression des obstacles auxquels elles font face sur le marché du travail tant pour ce qui est du recrutement, du type d'emploi occupé, des chances d'avancement, que de la rémunération.

En cherchant à faire avancer la cause des femmes dans la société canadienne, Condition féminine Canada se penche sur une vaste gamme de questions qui préoccupent les femmes. Je songe aux pensions, à la violence familiale, aux services de garde d'enfants, à la santé des femmes et aux questions liées à l'emploi dont le travail à temps partiel, la formation et l'apprentissage. Nous continuerons à défendre les intérêts des femmes dans ces domaines. Dans cette optique, nous voulons collaborer avec les autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les groupes de femmes, les organismes internationaux ainsi que les Canadiens et les Canadiennes.

[Text]

Not only women have a stake in the fulfilment of the goal of real equality; every member of society stands to benefit from women's achievement of full and equal opportunities in every field of endeavour as Canada meets the challenges of the 1990s and beyond.

I appreciate your attention to my remarks this morning, and I look forward to your questions and the discussion that will ensue. Thank you very much, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Madam Minister. We appreciate the comments you have made to the committee. You have certainly touched on a wide variety of subjects and areas of significance importance to women and society today.

We do appreciate the time you have taken to be with us and I am sure the testimony you have given will elucidate a lot of questions and responses from members of the committee.

Ms Black (New Westminster—Burnaby): Welcome to the committee, Minister. This is your first appearance before this committee and we are pleased to have you.

You mentioned a number of things in your report and it would be impossible for me to cover them all, but I would like to highlight a few things. One is the Royal Commission on new Reproductive Technology, announced in the federal budget of April 1989. We have received very little information about this royal commission. We have heard nothing, although I have made some inquiries about it. They have been incredibly slow in hiring their staff and in getting started. I do not believe they have even hired a research director yet.

• 0955

I am wondering when the hearings are going to start, and what you have heard about the staff allocation? Will they be holding hearings in every region of the country? How will those hearings be publicized so that women will be able to make representation? They have to report back, I believe, in October 1991. I do not think there is a lot of time left now for really effective reaching out to the community, so that the community understands some of the social implications of this new technology. I am wondering what the delay is on this royal commission getting going.

Mrs. Collins: I am going to be meeting with the Chair of that commission; in fact, I think it is later this week. I have met with some of the members and I think Kay has also had some discussions with them. I know they have had a slow start. I understand they are planning their hearings for the fall, and they will have hearings across the country. I have had experience on committees, as I am sure you have, and I know how long it takes to be able to complete the work, so I think the October 1991 deadline will be an optimistic view.

Do not forget, royal commissions are autonomous and they certainly do not come under my direction. I do not even think the Minister of National Health and Welfare can direct them. Once you have set them up they have their own

[Translation]

À l'aube des années 90, c'est la société tout entière, et non seulement les femmes, qui profitera de l'avènement de l'égalité véritable.

Je vous remercie de votre attention, et je serai maintenant heureuse de répondre à vos questions et de discuter avec vous de la situation des femmes au Canada. Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Je vous remercie, madame la ministre. Le comité vous sait gré de votre présence. Vous avez certainement abordé dans votre exposé une vaste gamme de sujets qui intéressent les femmes et toute la société.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer, et je suis convaincu que votre exposé aura répondu à beaucoup de questions que pouvaient se poser les membres du comité.

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Je vous souhaite la bienvenue, madame la ministre. Il s'agit de votre première comparaison devant le comité, et nous sommes heureux de vous accueillir.

Il me serait impossible d'aborder tous les sujets que vous avez traités dans votre exposé. Par conséquent, j'insisterai sur certains d'entre eux seulement. Je voudrais d'abord vous parler de la Commission royale d'enquête sur les techniques de reproduction dont la création est annoncée dans le budget fédéral d'avril 1989. On n'a plus entendu parler de cette commission depuis lors. J'ai essayé de me renseigner mais sans succès. La commission met beaucoup de temps à recruter son personnel et à commencer ses travaux. Je pense que le directeur de la recherche n'a même pas encore été embauché.

Quand la commission doit-elle commencer ses audiences, et que savez-vous au sujet du recrutement de son personnel? Des audiences auront-elles lieu dans toutes les parties du pays? Comme informera-t-on les femmes de leur tenue? Sauf erreur, la commission doit présenter son rapport en octobre 1991. Cela ne lui donne pas beaucoup de temps pour bien faire comprendre aux Canadiens et aux Canadiennes les conséquences sociales de ces nouvelles techniques. Pourquoi cette commission royale d'enquête met-elle tant de temps à démarrer?

Mme Collins: Je dois rencontrer plus tard cette semaine le président de la commission. J'ai rencontré certains de ses membres, et Kay également. Il est vrai que la commission a mis du temps à démarrer. Je pense qu'elle compte tenir des audiences à l'automne dans tous le pays. Comme vous, j'ai déjà participé aux travaux de certains comités, et je sais le temps que la rédaction d'un rapport exige. Je serais surprise que la commission puisse présenter son rapport en octobre 1991.

Je vous rappelle que les commissions royales sont autonomes, et que celle-ci ne relève pas de moi. Je ne pense pas d'ailleurs qu'elle relève non plus du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Une fois créée, une

[Texte]

mandate. We are obviously very anxious to get their recommendations, because the issues they are addressing are issues that are coming up every day. People are wondering what we are going to do about *in vitro* fertilization. Is there going to be a regulatory regime?

So I certainly hope they can proceed with their work. Even if they cannot complete it, perhaps they can have some kind of interim report which would be helpful to the various government departments concerned and the women concerned.

Ms Black: Have you heard whether they have hired a research director yet?

Mrs. Collins: I have not, no.

Ms Black: This is the second year in a row that we have seen budget cuts to women's programming through Secretary of State. It was \$2 million last year, \$1.6 million this year. You announced on Friday that some of the money would be reinstated to women's centres, but the research organizations and the advocacy organizations have been told that their money will not be reinstituted: CRIAW, *Health Sharing* magazine, National Action Committee.

Canada has signed many international agreements. This government has endorsed the fairness in funding report from your previous mandate, which indicated that these funds should be forthcoming to women's organizations. Could you please explain to me the government rationale behind these cuts to women's research organizations, to women's publications, and to women's advocacy groups?

Mrs. Collins: It is somebody else's department, so I have to be careful about treading on them. You may want to ask the minister responsible to come and give a more detailed explanation. But in terms of the overall government agenda, obviously budgetary concerns and dealing with the deficit have been uppermost, so all departments of government have been asked to play a role in reducing their expenditures and Secretary of State has participated in that.

In taking their reductions, they have spread them throughout the department and the Women's Program has been affected, 15% a year ago. This year it was 15%, although now that we are going to be able to reinstitute the \$1.2 million for a year it will not be that much.

In implementing those reductions, obviously the minister and his staff have looked through their programs to see perhaps where they could do it without damaging their objectives. As I understand it, they feel those organizations perhaps are stronger and might have better opportunities to access funds either in other government departments or in other sectors of Canada. I have met with representatives of CRIAW and CLOW to discuss what other sources of funding they might be able to access. Certainly the work they do is very good work and very important work, and I will be continuing to work with them in that respect.

Ms Black: *Health Sharing* magazine, for one, loses 100% of its funding.

[Traduction]

commission royale d'enquête n'a qu'à respecter son mandat. Nous attendons avec hâte ses recommandations qui porteront sur des questions d'actualité. Tout le monde se demande si l'on réglementera la fécondation *in vitro*.

J'espère donc que la commission pourra entreprendre ses travaux dès que possible. Même si elle doit reporter le dépôt de son rapport final, la commission pourrait toujours présenter un rapport provisoire qui serait utile aux ministères et aux femmes intéressés.

Mme Black: Savez-vous si la commission a embauché un directeur de la recherche?

Mme Collins: Je l'ignore.

Mme Black: Pour la deuxième année consécutive, on a réduit les fonds accordés au Secrétariat d'État pour administrer des programmes destinés aux femmes. Deux millions de dollars ont été supprimés l'an dernier, et on sabre 1,6 millions de dollars cette année. Vous avez annoncé vendredi que les centres de femmes continueraient d'être financés, mais que ce ne serait pas le cas des organismes de recherche et d'action sociale. L'ICRAF, la revue *Health Sharing* et le Comité canadien d'action sur le statut de la femme sont visés.

Le Canada a signé de nombreuses ententes internationales. Le gouvernement a enteriné, lors de son dernier mandat, le rapport sur l'équité en matière de financement, lequel recommandait d'accorder des fonds aux organismes de femmes. Pourriez-vous m'expliquer pourquoi le gouvernement réduit les fonds accordés aux organismes de recherche aux publications pour femmes et aux groupes d'action sociale féminins?

Mme Collins: Comme il ne s'agit pas de mon ministère, je dois me garder d'empiéter sur le domaine de qui que ce soit. Peut-être choisirez-vous de poser ces questions au ministère responsable. Il est évident que le gouvernement a accordé la priorité à la lutte contre le déficit et que le Secrétariat d'État, comme tous les autres ministères, a dû faire sa part.

Les réductions budgétaires ont été étalées dans tout le ministère, et le programme pour les femmes a vu son budget réduit de 15 p. 100 l'an dernier. Les fonds du programme devaient être réduits de 15 p. 100 encore cette année, mais le pourcentage ne sera pas aussi élevé compte tenu du fait que 1,2 millions de dollars vont être rétablis pour un an.

Le ministre et son personnel se sont demandé dans quel domaine des réductions pouvaient être apportées sans compromettre les objectifs fondamentaux du ministère. Si j'ai bien compris, on estime que ces organismes sont maintenant en mesure de trouver d'autres sources de financement. J'ai d'ailleurs discuté de la question avec les représentants de l'ICRAF et du CCPEF. Je continuerai travailler avec ces deux organismes qui font de l'excellent travail et qui remplissent un rôle utile.

Mme Black: Le budget de la revue *Health Sharing* est complètement supprimé.

[Text]

Mrs. Collins: Yes, and I think there was some thought on that—again, it is in the health field—that perhaps the Department of National Health and Welfare might be able to assist there, or other health departments throughout the country. Secretary of State officials have been meeting with representatives of that publication to see how they might be able to assist in accessing other funds.

Ms Black: When you indicate that the Department of Health and Welfare in fact might pick up some funding for *Health Sharing*, are you saying that is what you have advocated to the Minister of National Health and Welfare?

Mrs. Collins: I heard some discussions on that. I cannot identify the funds for that, but it is a health-related activity—

• 1000

Ms Black: For women.

Mrs. Collins: For women, yes. Quite often the Women's Program is involved in initiating things and then they move off into other areas for funding or continuing support.

Ms Black: That would be laudable if the funding were available, but I have heard nothing to indicate that there will be funding for those organizations. I have asked many questions in the House, as you know.

Mrs. Collins: Yes, I know.

Ms Black: When the study "Beneath the Veneer" came out, it gave really hard-and-fast statistics that show how difficult it is for women in the Public Service of Canada. It is not really the first study. The President of the Treasury Board indicated that it was the first thorough study. It is not. Status of Women Canada or—

Mrs. Collins: The royal commission?

Ms Black: There also was a royal commission. The Nicole Morgan study went into detail on problems for women in the Public Service.

You mentioned that a plan of action was going to be tabled next month with the federal and provincial. . . Was that relating to the study "Beneath the Veneer"?

Mrs. Collins: No, that is the Aboriginal Women's Equality Development Plan.

Ms Black: Okay. What is planned to put some teeth in the Employment Equity Act to ensure that the problems women experience in the Public Service will be addressed in a meaningful way? Are there goals? Will there be timetables? Will some real teeth be put into it? Would that be your recommendation for the Employment Equity Act?

Mrs. Collins: I certainly want to see us move ahead with those recommendations. There already have been a number of meetings held at senior officials' level, and perhaps they can comment on those.

Bob de Cotret, as President of the Treasury Board, has the primary responsibility. I have indicated that I will be working with all my colleagues, because I think the ministerial direction on this in every department is going to

[Translation]

Mme Collins: Oui. Comme il s'agit d'une revue qui traite de questions de santé, on a pensé que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ou les ministères provinciaux de la santé pourraient peut-être venir en aide à cette revue. Des fonctionnaires du Secrétariat d'État en ont rencontré les rédacteurs pour voir s'il ne leur serait possible de trouver d'autres sources de financement.

Mme Black: Faut-il comprendre que vous avez recommandé au ministre de la Santé et du Bien-être social que son ministère vienne en aide à cette revue?

Mme Collins: Nous en avons parlé. Je ne peux pas vous dire d'où viendront les fonds, mais comme il s'agit d'une activité dans le domaine de la santé. . .

Mme Black: Destinée, aux femmes.

Mme Collins: Oui. Certaines activités sont mises en oeuvre dans le cadre du programme pour les femmes, et leur financement est ensuite assuré par d'autres sources.

Mme Black: Je ne trouverais rien à redire à cela si d'autres sources de financement existaient, mais cela ne semble pas être le cas. J'ai posé plusieurs questions à ce sujet à la Chambre, comme vous le savez.

Mme Collins: Oui, je le sais.

Mme Black: L'étude intitulée «Au-delà des apparences» contient des statistiques montrant combien il est difficile pour les femmes de faire carrière dans la Fonction publique du Canada. Contrairement à ce que disait le président du Conseil du Trésor, il ne s'agit pas de la première étude portant sur la question. Condition féminine Canada ou. . .

Mme Collins: La commission royale?

Mme Black: Il y a eu une commission royale. L'étude présidée par Nicole Morgan avait déjà fait ressortir les problèmes se posant aux femmes dans la Fonction publique.

Vous avez annoncé qu'un plan d'action serait déposé le mois prochain avec la participation du gouvernement fédéral et des provinces. . . S'agit-il d'une réponse à l'étude «Au-delà des apparences»?

Mme Collins: Non, il s'agit du plan d'action fédérale pour le développement économique de la femme autochtone.

Mme Black: Je vois. Qu'attend-on faire pour renforcer la Loi sur l'équité en matière d'emploi pour régler les problèmes qui se posent aux femmes dans la Fonction publique. S'est-on fixé des objectifs et des échéances? Que recommandez-vous à cet égard?

Mme Collins: Je m'attends certainement à ce qu'on applique les recommandations contenues dans ce rapport. Un certain nombre de rencontres ont déjà eu lieu auxquelles ont participé de hauts fonctionnaires. Mes collaboratrices pourront peut-être vous en dire plus long là-dessus.

À titre de président du Conseil du Trésor, M. Bob de Cotret est responsable de la mise en oeuvre de ces recommandations. J'entends collaborer avec tous mes collègues étant donné que tous les ministères auront un rôle

[Texte]

be important. I will therefore be urging each of my colleagues to take a personal interest in this in his or her department and to work towards plans of action for the implementation of it.

I guess our role is as the naggers on these things. We do not have the direct-line responsibility, but we nag. People get tired of it at times.

Kay, do you want to talk about the officials' response to that at this point?

Ms Kay Stanley (Co-ordinator, Status of Women Canada): Shortly after the report came forward, the deputy minister at Treasury Board called senior officials and deputies together. There were will be some directives and some correspondence going out with respect to what Treasury Board wants to do in terms of monitoring.

Treasury Board and Public Service Commission have a monitoring, a sort of auditing role to do. I think Status of Women Canada has a moral leadership role here. That is even a more difficult way of describing it. The combined efforts of Minister Collins and Minister de Cotret will move it along.

I should make you aware of the fact that I was a member of a deputies' advisory committee that met throughout the year and a half that the task force was gathering its information and coming forward with its report. Although the timing of the report meant we saw the recommendations in the total context, we certainly knew what was evolving over the last year and so it did not come as a great surprise to any of the deputies.

Ms Black: I do not think it came as a great surprise to anybody.

Ms Stanley: No, and as a matter of fact, I have commented that it served to reassure women in the Public Service that what they were thinking and saying among themselves was empirically now supported.

All the directors general of personnel have received copies of this report and we have had discussions at the assistant deputy minister level and deputy minister level. We certainly see it as mandatory reading for all management training people taking courses at the Canadian Centre for Management Development.

Right now, we are into wide dissemination and extension of the information base. Then things, in terms of looking at specific targets and goals, will evolve from that process.

Mrs. Collins: I might say that in my other portfolio, for example, in that department, I am bringing together our personnel people and union people to set out what we can do in a reasonable way. I hope other ministers will be doing that in their departments too.

• 1005

Ms Black: Page 9 of the estimates says that Status of Women Canada reviews all the federal legislation, policies and programs at each stage of their development and delivery, for their impact on women. How does that mandate

[Traduction]

à jouer. J'inciterai chacun de mes collègues à s'intéresser personnellement à l'élaboration d'un plan d'action en vue de donner suite aux recommandations du rapport.

Comme nous ne pouvons pas intervenir directement, notre rôle est de revenir continuellement à la charge. À l'occasion, les gens finissent par céder.

Kay, pourriez-vous nous dire quelle a été jusqu'ici la réaction des hauts fonctionnaires?

Mme Kay Stanley (coordonnatrice, Condition féminine Canada): Peu après le dépôt du rapport, le sous-secrétaire du Conseil du Trésor a réuni les sous-ministres et les hauts fonctionnaires de différents ministères. Le Conseil du Trésor émettra sous peu des directives sur la façon d'appliquer les recommandations du rapport.

Le Conseil du Trésor et la Commission de la Fonction publique ont un rôle de surveillance à jouer. Par ailleurs, j'estime que Condition féminine Canada doit montrer l'exemple. Il m'est difficile d'être plus explicite. Les efforts concertés de M^{me} Collins et de M. de Cotret feront avancer le dossier.

J'ai fait partie du Comité consultatif des sous-ministres qui s'est réuni tout au long des travaux du groupe de travail qui ont duré un an et demi. La publication du rapport nous a permis de prendre connaissance de l'ensemble des recommandations, mais comme nous avions suivi la progression des travaux, nous n'avons pas été surpris.

Mme Black: Aucune de ces recommandations n'a surpris qui que ce soit.

Mme Stanley: En effet. Le rapport a cependant confirmé ce que les femmes pensaient et disaient entre elles.

Tous les directeurs généraux du personnel ont reçu un exemplaire de ce rapport et il y a eu des discussions à son sujet entre sous-ministres et sous-ministres adjoints. Nous nous attendons à ce que sa lecture soit obligatoire pour tous les gestionnaires qui suivent des cours de formation au Centre canadien de gestion.

Pour l'instant, nous nous efforçons de diffuser ce rapport et les renseignements qu'il contient. Par la suite, nous nous fixerons des objectifs et des échéances.

Mme Collins: J'ajouterai que dans le cadre de mes autres responsabilités au sein de ce ministère, je vois à ce que les responsables de notre service de personnel rencontrent des représentants syndicaux pour voir ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation. J'espère que d'autres ministres en feront autant dans leur ministère respectif.

Mme Black: À la page 9 du budget des dépenses, on peut lire que Condition féminine Canada étudie «toutes les lois, politiques et programmes du gouvernement fédéral, à chaque étape de leur élaboration et de leur exécution, pour

[Text]

relate to the decision to scrap child care twice, to de-index family allowances, and to restructure the unemployment insurance system so that women receive a 10% decrease in their overall benefits, which was the finding of the government report from Employment and Immigration Canada?

Mrs. Collins: We are involved in ongoing discussions now on the development of the government's proposal for child care. I certainly am, at the political level, and my officials are as well. So we are involved in that process that would lead to policy development.

In some other areas in which the linkage is perhaps not as obvious, the documents or the reports that are going to Cabinet will often be circulated to our officials, so that they have a chance to look at them and to make any comments, to me, if I am going to attend those meetings, or, if I am not on a particular committee, to be included in the assessment. It is sometimes a very active involvement and at other times it is more of a cursory view.

Ms Greene (Don Valley North): I would like to welcome you to the committee and say how pleased I am to have a sympathetic and effective representative at the Status of Women.

That fact is clearly illustrated by the recent reinstatement of the funds for the women's centres. I know how hard you and Kim Campbell worked for it, and the transitional program will help to obtain good, long-term funded programs in B.C., the Maritimes and Quebec, supported at the community and provincial level, as well as at the federal level. It is a good decision and is good for the long-term interests of women's centres. No cuts were made in Ontario because women's centres are accepted and integrated into the social programs of the province and of the municipalities and are very strongly supported at the community level.

I am concerned, however, about some national issues in respect to women's programs that I feel are not being addressed. For example, we have the Family Violence Program, which is directed at abuse of women by their husbands, in the family, at the crisis centres, and so on. We have had a task force on violence against women and children in Metropolitan Toronto for some years that has a broader mandate. This task force has resulted in such steps as the school boards reviewing text books and examining sexist portrayals and racist materials; programs that are largely undertaken at the school level, but are also going into industry and so on to address such issues as sex role stereotyping and the attitudes in our society that frequently belittle women and rob them of dignity, such as sexist jokes. We also include racism, as it relates to the portrayal of women in advertising that is belittling, demeaning, and, I think, contributes very strongly to the violence against women that occurs in our society.

A number of particular incidents have provided a lot of motivation to this action, such as the Barbara Schlifer murder and the Allison Karot case. *The Toronto Star* is currently carrying pictures of a series of young women who have been

[Translation]

en évaluer l'effet sur les femmes». Comment cela cadre-t-il avec la décision prise par le gouvernement de reporter à deux reprises la mise en oeuvre d'une stratégie nationale en matière de services de garde d'enfants, de déindexer les allocations familiales et de modifier le régime d'assurance-chômage de telle sorte que les femmes verront leurs prestations globales réduites de 10 p. 100 comme le constatait un rapport d'Emploi et d'Immigration Canada?

Mme Collins: Nous participons aux discussions continues touchant l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de services de garde d'enfants. Je le fais à l'échelon politique, et mes fonctionnaires, à l'échelon administratif.

Les documents ou les rapports se rapportant à la question soumise au Cabinet sont souvent distribués à nos fonctionnaires qui me soumettent des recommandations dont je fais part aux intéressés si je participe à ces réunions ou, si ce n'est pas le cas, pour qu'ils en tiennent compte. Notre participation est donc parfois très directe, et parfois indirecte.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Je désire vous souhaiter la bienvenue au comité, et vous dire combien je suis heureuse qu'une personne aussi efficace et sensible aux préoccupations des femmes soit à la barre de Condition féminine Canada.

Je crois que nous devons en bonne part à vos efforts et à ceux de Kim Campbell le fait qu'on a rétabli le financement des centres de femmes. Le programme de transition favorisera des initiatives jouissant d'un financement solide à long terme en Colombie-Britannique, dans les Maritimes et au Québec. Ces programmes auront l'appui de la communauté, du gouvernement provincial et du gouvernement fédéral. Il s'agit d'une bonne décision dans l'intérêt à long terme des centres de femmes. Aucun centre de femmes n'a été touché en Ontario parce que ces centres sont intégrés aux programmes sociaux, municipaux et provinciaux et qu'ils jouissent d'un appui solide dans les localités où ils se trouvent.

Je crains cependant que certaines questions intéressant les femmes ne soient négligées. Nous avons, par exemple, le Programme de lutte contre la violence familiale qui vise à mettre fin à ce grave problème. Le groupe de travail sur la violence faite aux femmes et aux enfants existe dans la région de Toronto depuis plusieurs années. Son mandat est assez vaste. À la suite des recommandations de ce groupe de travail, les commissions scolaires ont revu tous les manuels scolaires pour s'assurer qu'ils ne contiennent pas des stéréotypes sexuels ou raciaux. Certains programmes sont mis en oeuvre surtout dans les écoles, mais aussi dans les entreprises pour essayer de mettre fin aux stéréotypes sexuels et aux attitudes méprisantes à l'égard des femmes. Je songe aux blagues à connotation sexuelle. Ce groupe de travail s'est aussi penché sur le racisme et sur la représentation des femmes dans la publicité. L'exploitation des femmes par la publicité contribue, à mon avis, à la violence qui leur est faite.

Les meurtres de Barbara Schlifer et d'Allison Karot sont des exemples de cette violence. *The Toronto Star* publie actuellement la photo des jeunes femmes qui ont été assassinées dans la région de Toronto et dont on n'a pas

[Texte]

murdered in the area and whose murderers have not been discovered. They range throughout the entire region. This type of incident is very much a concern in our society, particularly the Montreal massacre.

Could something be done to address the issue of violence against women and children at large and the violence that is reflected in the total society? Could you comment on that issue?

• 1010

Mrs. Collins: I very much agree with you on that, Barbara. The Family Violence Program is obviously a good first step in terms of what it is trying to do. My own view is that obviously one has to help the victims in those situations and get them out of abusive situations, but we have to do more to understand why there is violence against women in all the kinds of situations you are talking about. I think pornography is linked; all these things all come together and result in these appalling situations.

I do not have the answers to that. I am very troubled by it. Unfortunately, in most cases it is usually men. Why do they feel as though they can use their power against women to violate them in the physical ways we are talking about here and sometimes, of course, in other ways as well?

Obviously, it requires changes of attitudes. It requires education. None of those is easy to do but I think we have to develop initiatives to work in those areas as well. In some of the work, I have been meeting with women about the women's centres across the country. I was really impressed in Nova Scotia with the work that one of the women's centres there does going into the high schools and junior highs and talking to school classes about those kinds of issues such as date rape to try to get them to understand first of all that young girls do not have to put up with this and to open up discussion. I think this is very important.

A number of provincial governments have undertaken programs. In Ontario I have met with the minister there. They have a wife assault program. They do it with a somewhat different kind of approach.

We need to bring together the best knowledge and understanding. I want to look at some initiatives in this area. I would certainly welcome input from this committee or others on how we might provide some more leadership in dealing with the fundamental problems of why there is violence.

Ms Greene: I believe both the opposition and myself have asked for a parliamentary task force in that regard, including both—

Mrs. Collins: Including Members of Parliament.

Ms Greene: Yes. I wondered if this is something you could consider.

With respect to the women's programs, there has been what appears to be a major change in the funding of them through the reduction in funding towards advocacy. I personally agree with it because I think there is almost a

[Traduction]

encore retrouvé les assassins. La violence faite aux femmes dans notre société est très préoccupante, en particulier lorsque l'on songe à ces incidents et, particulièrement au massacre de Montréal.

Que peut-on faire pour éliminer la violence commise à l'endroit des femmes et des enfants dans notre société? Pourriez-vous nous donner votre avis là-dessus?

Mme Collins: Je suis tout à fait d'accord avec vous, Barbara. Le Programme de lutte contre la violence familiale constitue de toute évidence une bonne première étape. Pour ma part, j'estime qu'il faut aider les victimes de violence familiale à se sortir de cette situation, mais nous devons faire davantage pour comprendre pourquoi les femmes sont victimes de violence dans toutes les situations dont vous parlez. Je pense que la pornographie est liée à ce problème; toutes ces choses s'ajoutent les unes aux autres et ont pour conséquences des situations épouvantables.

Je ne connais pas les réponses. Cela me bouleverse. Malheureusement, dans la plupart des cas, ce sont habituellement les hommes. Pourquoi estiment-ils qu'ils peuvent utiliser leur pouvoir pour brutaliser les femmes, physiquement ou autrement?

Il faut changer les attitudes, il faut sensibiliser les gens. Ce n'est pas facile à faire, mais je pense que nous devons mettre sur pied des initiatives pour travailler dans ces domaines également. J'ai eu l'occasion de rencontrer des femmes au sujet des centres pour les femmes un peu partout au pays. Le travail effectué par un de ces centres pour femmes en Nouvelle-Écosse m'a beaucoup impressionné. Elles vont dans les écoles secondaires parler aux jeunes de questions telles que les viols par une connaissance, pour essayer de leur faire comprendre que les jeunes filles ne sont pas obligées d'accepter un tel comportement, et pour lancer la discussion. Je pense que c'est très important.

Un certain nombre de gouvernements provinciaux ont entrepris des programmes. J'ai rencontré le ministre ontarien. En Ontario, il y a un programme de lutte contre les agressions des conjointes. Leur approche est quelque peu différente.

Nous devons bien cerner ces problèmes. Je veux entreprendre certaines initiatives dans ce domaine. J'invite votre comité ou d'autres à nous faire des suggestions quant aux initiatives à prendre pour déterminer quelles sont les raisons fondamentales de la violence.

Mme Greene: L'Opposition et moi-même avons demandé la mise sur pied d'un groupe de travail parlementaire sur la question, qui comprendrait à la fois. . .

Mme Collins: Des députés.

Mme Greene: Oui. Je me demande si c'est quelque chose que vous pourriez envisager.

En ce qui concerne les programmes pour les femmes, il semble y avoir eu un changement important sur le plan du financement. Je veux parler de la réduction du financement des groupes d'action sociale. Personnellement, je n'y vois pas

[Text]

conflict of interest if government is the only one funding the advocacy. I think those organizations would be much stronger if they had funding from a number of sources, including members of the associations.

I know, for example, OSSTF was a member of NAC. When I was on the executive of the OSSTF in Ontario for a while, we never discussed any of the issues that NAC was bringing forward as positions of teachers. I think the whole effort is good but there are some doubly disadvantaged groups that I do think need assistance with respect to advocacy. I also like the idea of our identifying programs and services that are important for women. I am wondering if there is going to be a review of the funding criteria for these programs that are in the Secretary of State. Will there be an opportunity for parliamentary input?

Mrs. Collins: As you know, Parliament in 1987 did a review of the women's program and came out with the report "Fairness in Funding". It might be timely for a further review at this stage by a parliamentary committee. We have committed to developing a review mechanism with respect to funding of women's centres, which is one component of the women's program, and to looking at the kinds of activities and services they provide the other federal government departments.

• 1015

Certainly, one of the things I have found is that much of what the women's centres do is actually enabling women to access other programs, like the Canadian Jobs Strategy or the Family Violence Program. We have to look at those programs and say: how do women access them; are the women's centres the most appropriate way, or the best way, or what are the linkages that are important there? Certainly we want to see that review get under way, which would include participation of federal, provincial, and women's centres representatives themselves.

On the broader issue of the Women's Program, I have some concerns about it too. It is, as I mentioned, not under my jurisdiction, but obviously if this committee feels as though there should be a review then it might be appropriate to make those recommendations to the minister. The goals of the Women's Program, or the objectives, as far as I understand, are still primarily advocacy and education. If there is a feeling in Parliament that those should be changed, then obviously parliamentarians should have input into that.

Ms Greene: Yes. I think we were in the situation last year of having REAL Women funded, and I found it very upsetting that we would be funding a group that was not disadvantaged. It seems to me there is a need to review that whole area, because I do not think there should be any funding for advocacy for a group unless they are doubly disadvantaged. I certainly support that.

[Translation]

d'inconvénient, car je pense qu'il y a presque un conflit d'intérêts si le gouvernement est seul à financer les groupes d'action sociale. Je pense que ces organismes seraient beaucoup plus forts s'ils avaient plusieurs sources de financement, notamment les membres des associations.

Par exemple, que l'OSTF était membre du Comité canadien d'action sur le statut de la femme. Lorsque je siégeais au conseil exécutif de l'OSTF en Ontario, nous n'avons jamais présenté la position des enseignants sur les questions que le CCASF défendait. L'effort est louable, mais je pense qu'il reste des groupes qui sont doublement désavantagés et qui ont besoin d'aide pour défendre leurs intérêts. J'aime aussi l'idée que l'on identifie les programmes et les services qui sont importants pour les femmes. Je me demande s'il y aura un examen des critères de financement de ces programmes au sein du secrétariat d'État. Les parlementaires pourront-ils y participer?

Mme Collins: Comme vous le savez, en 1987 le Parlement a effectué un examen des programmes pour les femmes et a présenté le rapport intitulé «Équité en matière de financement». Il serait peut-être temps qu'un comité parlementaire entreprenne un autre examen. Nous nous sommes engagés à mettre sur pied un mécanisme d'examen en ce qui concerne le financement des centres pour les femmes, qui est un des éléments du programme pour les femmes, et à examiner les types d'activités et de services offerts aux autres ministères fédéraux.

L'une des choses que j'ai constatée, c'est que la plupart du temps les centres pour les femmes permettent en fait aux femmes d'accéder à d'autres programmes comme la Planification de l'emploi ou le Programme de lutte contre la violence familiale. Nous devons nous demander comment les femmes accèdent à ces programmes, si les centres pour les femmes sont le meilleur moyen pour elles d'y accéder ou quels sont les liens importants? Nous aimerions certainement entreprendre un examen avec la participation de représentants du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et des centres pour les femmes.

Pour ce qui est de la question plus générale du Programme de la femme, j'ai certaines préoccupations à ce sujet également. Comme je l'ai dit, ce programme ne relève pas de ma compétence, mais si votre comité estime qu'il devrait en faire l'examen, il serait peut-être bon alors d'en faire la recommandation au ministre. Je crois comprendre que les objectifs du Programme de la femme sont principalement l'action sociale et l'éducation. Si le Parlement estime qu'il y a lieu de changer ces objectifs, alors les parlementaires devraient avoir leur mot à dire.

Mme Greene: Oui. L'an dernier, REAL Women a reçu une subvention, et j'ai trouvé très ennuyeux que le gouvernement subventionne un groupe qui n'est pas désavantagé. Il me semble qu'il est nécessaire de réexaminer toute la question, car je ne crois pas que nous devrions subventionner des groupes d'action sociale à moins qu'ils soient doublement désavantagés.

[Texte]

Mrs. Clancy (Halifax): I welcome you, Minister, for the first time since your taking on this portfolio.

Ms Stanley, you said something about "moral persuasion", and, Minister, you said something about "nagging", and those of us who have responsibilities for Status of Women understand exactly what you mean. Time and again... it is like beating your head against a stone wall, because it feels so good when it stops. As someone mentioned, none of us was surprised at what "Beneath the Veneer" said. It merely put on paper what we had all known for some time.

I have a particular program I want to ask you about. As long ago as 1981 I attended a seminar co-sponsored by CIDA and CEIC, done by Elizabeth McAllister, who is now at CIDA, on systemic discrimination. I remember being very excited by this program nine years ago, and indeed taking it back and using it as a model in my legal status of women class.

After "Beneath the Veneer" came out I did some checking around, and I found the program is now called—I had this right, I believe, when I questioned you in the House on it—gender sensitization. That is close, anyway; it is a gender sensitization program. I guess CIDA had taken Ms McAllister's program, sent it down to St. Francis Xavier University, to the Coady Institute, to have it packaged or adapted in such a way as to use in the countries where CIDA is most active.

In my research I also discovered it has been marketed to Australia as well as to developing countries and Third World countries, with apparently a great deal of success in the elimination of systemic discrimination. Interestingly enough, I understand New Zealand is now looking into getting this program from CIDA as well.

Going back to my Irish Catholic childhood and the principle of charity beginning at home, I am wondering whether you have any ideas on whether you would consider it as part of your moral mandate to look at bringing this program into the Canadian Public Service.

Mrs. Collins: Or it could be done through the Centre for Management Development—

Mrs. Clancy: Exactly.

Mrs. Collins: —or incorporated into various trainings. We will certainly be glad to look at that. I know Elizabeth McAllister and I have heard a bit about the program. I have not taken it myself, but it is something I have talked about in suggesting that we might do that sort of thing, not just within the Public Service but perhaps with some of our colleagues as well.

Mrs. Clancy: Absolutely. It might be good for all Members of Parliament.

Mrs. Collins: I talked to my counterpart minister in Manitoba recently, and she has had a program—I think it is not the same one—along those lines that she has used in Manitoba and said has been very effective. So we would certainly look into that.

[Traduction]

Mme Clancy (Halifax): Bienvenue, madame la ministre, à l'occasion de votre première comparution devant notre comité en tant que ministre responsable de la Condition féminine.

Madame Stanley, vous avez parlé de persuasion morale et madame la ministre, vous avez dit qu'il fallait constamment talonner, et ceux d'entre nous qui sont responsables de la condition féminine comprennent exactement ce que vous voulez dire. Il faut sans cesse revenir à la charge... c'est un peu comme de se frapper la tête contre un mur de pierres, c'est si agréable lorsque cela cesse. Comme quelqu'un l'a dit, personne n'a été surpris par le contenu du rapport «Au-delà des apparences» qui ne fait que confirmer ce que nous savions depuis un certain temps.

J'ai une question à vous poser au sujet d'un programme en particulier. En 1981, j'ai participé à un colloque organisé par Elizabeth McAllister qui travaille aujourd'hui pour l'ACDI, sur la discrimination systémique, colloque coparrainé par l'ACDI et Emploi et Immigration Canada. Je me rappelle que ce programme m'a beaucoup enthousiasmée il y a neuf ans, et je l'ai même utilisé comme modèle dans mon cours sur le statut juridique des femmes.

Après la parution du rapport «Au-delà des apparences», j'ai fait certaines vérifications et j'ai constaté que le programme s'intitule aujourd'hui Programme de sensibilisation à la condition féminine. Je crois que c'est le titre que j'ai employé lorsque je vous ai posé une question en Chambre à ce sujet. L'ACDI a pris le programme de M^{me} McAllister et a demandé à l'Institut Coady de l'Université St-François-Zavier de l'adapter de façon à ce qu'il puisse être utilisé dans les pays où l'ACDI est la plus active.

Au cours de mes recherches, j'ai découvert également que ce programme avait été vendu en Australie ainsi que dans des pays en voie de développement et dans des pays du tiers-monde et qu'il a beaucoup de succès dans la lutte contre la discrimination systémique. La Nouvelle-Zélande est en train d'essayer d'obtenir ce programme de l'ACDI.

Étant d'origine irlandaise catholique, j'ai pour principe que charité bien ordonnée commence par soi-même et je me demande si vous envisagez la possibilité d'appliquer ce programme à la Fonction publique canadienne dans le cadre de votre mandat moral.

Mme Collins: Cela pourrait se faire également par l'intermédiaire du Centre canadien de gestion...

Mme Clancy: Exactement.

Mme Collins: ...ou le programme pourrait être incorporé à divers cours de formation. Nous étudierons certainement cette possibilité. Elizabeth McAllister et moi-même avons entendu parler de ce programme. Je ne l'ai pas suivi personnellement, mais je pense que nous pourrions peut-être l'appliquer non seulement à la Fonction publique, mais également à certains de nos collègues.

Mme Clancy: Absolument. Ce serait bon pour tous les députés.

Mme Collins: J'ai parlé à mon homologue du Manitoba récemment, et elle a utilisé un programme du même genre qui a eu beaucoup de succès. Je ne pense pas que ce soit le même cependant. Nous pourrions donc envisager cette possibilité.

[Text]

Kay, are you familiar with the program?

[Translation]

Kay, connaissez-vous le programme?

• 1020

Ms Stanley: Yes, and it is something all senior managers and staff officers in CIDA had to undertake. And we are consistent. I had a very good meeting with Mr. Massé last week, talking about how Canada sends women project leaders out into countries. So it is not just something on paper. We demonstrate by example that this system works. It is highly accredited through the international community.

Mrs. Clancy: I felt in reading beneath the veneer and knowing about this and finding out that we were indeed still doing it, and that indeed, various international organizations are holding us up as an example because of this program. . . I thought it really is time we bring that to bear in our own Public Service.

I also want to congratulate you. I know you did work hard on that restoration of core funding to the women's centres, but I am wondering whether you can give us any good news at all about restoration of funding to the research groups, as the eight groups that have effectively lost their funding are, as I know you know, the voice of women and have really shone the light on the problems facing women in this country. Do you see any light at the end of that particular tunnel?

Mrs. Collins: No, I do not, to be honest with you. The research organizations, as you know, had a 20% reduction in their funding—

Mrs. Clancy: This year; 15% last year and 20% this year.

Mrs. Collins: —and the publications had 100% cut. To the best of my knowledge, Secretary of State is not planning to change that decision. They do have quite a lot of money in their project funding this year; as you know, about \$6 million. I had met with one of the organizations recently and was looking at their kinds of activities. They continue to get core funding, but I suggested they might want to look at applications for project funding in some other areas. It might fit. So I think they are going to be looking at that as well.

Mrs. Clancy: I realize it was another minister who said this, but when the cuts were first announced and Secretary of State responded by using project funding to fit what might have been core criteria before. . . Now that most of the centres

Mme Stanley: Oui, et c'est quelque chose que tous les cadres supérieurs et les agents de dotation au sein de l'ACDI ont dû suivre. Et je peux vous assurer que c'est fait régulièrement. Notre réunion avec M. Massé la semaine dernière, où nous avons parlé justement du fait que le Canada envoie des chefs de projet femmes dans de nombreux pays, fut très positive. Ce n'est donc pas quelque chose de fictif. Nous offrons aux autres la preuve que le système fonctionne bien; et l'exemple que nous donnons est très prisé par l'ensemble de la collectivité internationale.

Mme Clancy: En lisant en *Au-delà des apparences*, sachant non seulement l'usage que nous faisons du programme, mais aussi que divers organismes internationaux nous citent en exemple. . . Eh bien, j'avais le sentiment qu'il était grand temps qu'on applique ce programme au sein de notre Fonction publique au Canada.

Permettez-moi de vous féliciter, en passant. Je sais que vous avez travaillé très fort pour obtenir le rétablissement du financement de base pour les centres de femmes, mais je me demande si vous auriez des bonnes nouvelles à nous annoncer au sujet du rétablissement du financement des groupes de recherche, puisque les huit groupes qui ont perdu tout leur financement—et je sais que vous en êtes aussi consciente que moi—représentent vraiment la voix des femmes et si l'on a pu attirer l'attention du public sur les problèmes auxquels se heurtent les femmes canadiennes, c'est certainement grâce à ces groupes. Y a-t-il une lueur d'espoir, d'après vous?

Mme Collins: En toute sincérité, je dois vous dire que non. Comme vous le savez, le financement de ces organismes a été réduit de 20 p. 100. . .

Mme Clancy: Oui, cette année; de 15 p. 100, l'an dernier et de 20 p. 100, cette année.

Mme Collins: . . . et celui des publications, de 100 p. 100. À ma connaissance, le Secrétariat d'État n'a pas l'intention de revenir sur cette décision. Le budget réservé aux projets est assez important cette année; comme vous le savez, il se chiffre à environ 6 millions de dollars. J'ai récemment rencontré les représentants d'un de ces organismes pour parler des activités. Même s'ils continuent à recevoir un financement de base, je leur ai suggéré de présenter des demandes de financement de projet dans d'autres domaines. Ils pourraient très bien y être admissibles. Par conséquent, je crois qu'ils vont explorer cette possibilité.

Mme Clancy: Je sais que c'est un autre ministre qui l'a dit, mais quand les réductions budgétaires ont été annoncées à l'origine et que le Secrétariat d'État a décidé de débloquer des fonds normalement réservés aux projets, c'est-à-dire

[Texte]

have received their funding back for this one year, do you feel there would be the same response from the project funding people if CRIAW, CCLOW, Nouveau départ, Canadian Women's Studies, etc., were to apply for project funding? Would those criteria become looser to take them over this year, do you think?

Mrs. Collins: They would have to have those discussions with Secretary of State. But those organizations do things that would seem to me, at least, to meet the criteria for project funding, and that may assist them in their overall activities. But we are encouraging them also to look for outside sources of funding, which I think they are planning to do. As you know, I recently met with the executive director of the new women's fund that is being set up, a foundation, the first one we will have in Canada. What is the name of it? It is a foundation that is being set up to fund women's activities in Canada.

Mrs. Clancy: Brand-new. Who is starting it, do you know?

Mrs. Collins: Mr. Ackman, in Toronto.

Mrs. Clancy: Oh, of course. Yes, I am very familiar with that one.

Mrs. Collins: One of the problems has been that companies and various people that give to charitable groups have never funded activities related to women. There has not been a linkage there. They fund all sorts of medical and different activities. I know it has also been difficult for many women's organizations to develop those kinds of contacts. Well, at least now we will have one, to begin with. Hopefully then we can develop a little more involvement.

Mrs. Clancy: I think the fear on the part of the women's organizations is that we know even fairly high-profile women's organizations have a much more difficult time raising money than comparable men's organizations, if you will. I know in my own experience with Mount St. Vincent University, which is one of the highest-profile women's institutions in the country, we are on our first really major capital campaign right now. The Hon. Flora MacDonald, as you know, is the national Chair. It is hard because, first of all, women do not have the money to give the way men do, and second, women are also not conditioned. Even women who have the money to give are still not conditioned to giving money.

[Traduction]

d'appliquer les critères du financement de base en quelque sorte... Eh bien, le financement de la plupart des centres a maintenant été rétabli pour un an, et j'aimerais savoir si d'après vous, il y a lieu d'espérer que les responsables du financement des projets réagissent de la même façon face aux demandes de financement d'organismes comme l'Institut canadien de recherche sur les femmes, le Congrès canadien pour la promotion des études chez la femme, Nouveau départ, *Canadian Women Studies*, etc.? D'après vous, est-il possible qu'on applique les critères de façon moins rigide de façon à assurer le financement de ces groupes cette année?

Mme Collins: Il faudrait que ces groupes discutent avec le Secrétariat d'État. Par contre, il semble que certaines de leurs activités doivent satisfaire aux critères du programme de financement des projets, ce qui va peut-être les aider d'une manière générale. Mais nous les encourageons également à chercher d'autres sources de financement, et je crois qu'ils envisagent de le faire aussi. Comme vous le savez, j'ai récemment rencontré la directrice d'une nouvelle fondation qui est en voie de création au Canada. Comme s'appelle-t-elle? C'est une fondation qui aura pour mission de financer les activités féminines au Canada.

Mme Clancy: C'est tout nouveau, donc. Et qui va s'en charger? Le savez-vous?

Mme Collins: M. Ackman, à Toronto.

Mme Clancy: Ah, oui; bien sûr. Je sais de quoi vous parlez.

Mme Collins: Jusqu'ici, les entreprises et les particuliers qui font des dons aux organismes de charité n'ont jamais songé à financer les activités féminines. Il n'y a jamais eu de lien entre ces deux groupes, bien que toutes sortes d'activités, médicales et autres, soient financées. Je sais que bon nombre de groupes féminins ont eu beaucoup de mal à établir des rapports avec les entreprises. Maintenant, nous aurons au moins un organisme qui puisse le faire. J'espère que nous pourrions ainsi créer de bonnes relations réciproques.

Mme Clancy: Ce qui inquiète les organismes féminins, je crois, c'est que même les organismes de poids ont beaucoup plus de mal à réunir des fonds que des organismes masculins comparables, si vous voulez. Je pourrais vous parler de ma propre expérience avec l'Université Mount St. Vincent, qui est l'un des établissements d'enseignement féminine les mieux connus au pays; nous venons de lancer notre première véritable campagne de financement. Comme vous le savez, l'honorable Flora MacDonald en est la présidente nationale. C'est très difficile, car d'abord, les femmes n'ont pas autant d'argent que les hommes, et deuxièmement, elles n'ont pas l'habitude de faire des dons d'argent—même les femmes qui peuvent se le permettre.

So the place of government in funding women's groups is still very important. I would leave this particular part of my questioning by saying that in certain provinces the input of the provincial government to funding—I am thinking

Ainsi le gouvernement conserve un rôle important à jouer dans le financement des groupes féminins. Avant de passer à un autre sujet, j'aimerais simplement dire que dans certaines provinces, la participation du gouvernement

[Text]

particularly of Nova Scotia and Newfoundland—is probably optimistic in the extreme given the current situation. Particularly in light of the Nova Scotia budget that came down last Friday, moneys for things such as women's centres are going to be extremely hard to find.

Mrs. Collins: This is why I felt it was so important that the funding should come from the federal government for this year because it was not fair to ask provinces to kick in without any consultation. But it was important to look ahead to being able to have some time to work with them, and once we can better define the kinds of activities and the most appropriate source of funding hopefully to look towards new partnerships in the longer term.

Mrs. Clancy: On the Family Violence Program that Ms Greene mentioned, I have had a number of representations from transition houses in the Atlantic saying they are having some difficulty in accessing this funding under that program. I believe there is \$40 million in that—

Mrs. Collins: There is 22.5%.

Mrs. Clancy: I know it is part and parcel of the two programs they are running through. I am wondering if either you or Ms Stanley could give me at some point, not today obviously, some idea as to how these women can get better information? A number of transition houses throughout Atlantic Canada have written and said that they have either not received the kind of information they needed or are having real difficulty in accessing information, not to mention funds.

Mrs. Collins: That is done through CMHC, but we will certainly be glad to... As I understand—I have had some discussions with the minister on this—there was a tentative allocation made for each province. Some provinces indicated they are not as interested as others in taking that allocation because the provinces obviously have an ongoing responsibility for operating costs and there may be some reallocation of funding to provinces. For example, I understand B.C. would like to have more than its allocation and is prepared to fund more.

Mrs. Clancy: I cannot imagine any Atlantic province would not be happy to take any allocation the federal government would be prepared to offer.

Mrs. Collins: It is the ongoing operating costs that concern some provinces. So it is shared.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Merci, monsieur le président. Madame la ministre, moi aussi je veux vous féliciter pour vos nouvelles fonctions. Ce matin, la preuve est faite de l'intérêt que suscitent les questions féminines par la présence de nombreux collègues de l'autre sexe, supposément fort.

Je pense que nous aurons fait des gains quant à nos besoins et nos revendications, comme femmes, quand nous aurons amené les hommes à comprendre cesdits besoins et cesdites revendications.

[Translation]

provincial au financement de ces groupes—et je songe tout particulièrement à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve—sera probablement très faible, étant donné la situation actuelle. À en juger d'après le budget de la Nouvelle-Écosse qui a été présenté vendredi dernier, il va être très difficile de trouver des fonds pour financer les centres de femmes.

Mme Collins: C'est justement pourquoi il fallait, à mon avis, que le gouvernement fédéral continue de financer ces activités cet année, car j'aurais trouvé anormal qu'on exige la participation des provinces sans consultation préalable. Pour moi, il était important qu'on puisse regarder vers l'avenir en sachant qu'on avait une certaine période pour travailler ensemble, afin de mieux définir ces activités et la meilleure façon de les financer, et aussi—c'est mon espoir, du moins—de créer un nouveau partenariat à long terme.

Mme Clancy: M^{me} Greene a parlé du Programme de lutte contre la violence familiale, et je tiens à vous signaler que certains foyers de transition dans les provinces maritimes ont du mal à obtenir des fonds en vertu de ce programme. Je crois que son budget est d'environ 40 millions. . .

Mme Collins: C'est-à-dire 22,5 p. 100.

Mme Clancy: Je sais que ces fonds sont disponibles par l'entremise de deux programmes différents. Pourriez-vous, ou M^{me} Stanley, me renseigner—pas aujourd'hui, évidemment—sur les meilleures sources d'information sur ce programme? Les représentantes de bon nombre de foyers de transition dans les provinces maritimes m'ont écrit pour me signaler soit qu'elles n'avaient pas les renseignements nécessaires sur le programme, soit qu'elles avaient beaucoup de mal à accéder à cette information, sans parler des fonds.

Mme Collins: C'est fait par l'entremise de la SCHL, mais nous nous ferons un plaisir de... Je crois comprendre—et j'en ai un peu discuté avec le ministre—qu'on a prévu une allocation pour chaque province. Certaines provinces hésitent à accepter cette allocation, car les provinces sont évidemment chargées d'assumer les frais de fonctionnement, et il est donc possible qu'on procède à une réaffectation des fonds aux provinces. Par exemple, je pense que la Colombie-Britannique aimerait recevoir cette allocation, et qu'elle est même disposée à y affecter des fonds additionnels.

Mme Clancy: J'ai du mal à m'imaginer qu'une province maritime puisse hésiter à accepter une allocation offerte par le gouvernement fédéral.

Mme Collins: C'est la question des frais de fonctionnement permanents qui inquiètent certaines provinces. C'est donc une responsabilité partagée.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Thank you, Mr. Chairman. Minister, I, too, would like to congratulate you on your appointment. I believe the presence of so many members of the opposite sex, supposedly the stronger sex, is proof positive of the broad interest in women's issues.

It is my belief that we will only make gains with respect to our needs and demands, as women, once we have instilled in men a real understanding of those same needs and demands.

[Texte]

Ma question porte sur l'efficacité du Programme de promotion de la femme. Dans votre rapport, dans la Partie III, on lit:

Il est difficile d'établir clairement quel est le lien entre ce que fait Condition Féminine Canada et les diverses modifications apportées aux politiques et aux lois dans les domaines qui relèvent de la compétence d'autres ministères.

Même nous, comme députés parfois, sommes quelque peu enrouillés, parce qu'il existe le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, il existe le Bureau de la main d'oeuvre féminine au ministère du Travail—je me demande pourquoi ce n'est pas récupéré, cela, à l'intérieur de votre ministère—, et il y a le Programme de promotion de la femme au Secrétariat d'État. Bref! Il y a beaucoup de chevauchement et je m'interroge à savoir, si pour l'efficacité de vos programmes, il ne serait pas possible d'apporter des changements, voire des améliorations. Vous avez dit, tout à l'heure, que vous recherchiez l'avis des membres du Comité pour savoir comment «bonifier» ce ministère.

• 1030

Croyez-vous qu'il n'y aurait pas moyen de réunir tout ça ensemble? Je sais très bien que le mandat de chaque organisme n'est pas du tout le même. De votre côté, il s'agit d'étudier les lois, les politiques et de faire des représentations. Mais il y a tellement de monde qui touchent aux programmes qui concernent les femmes que je me pose des questions quant à leur efficacité.

Mrs. Collins: I certainly am sympathetic to that concern, because it has often been my own view. I know there has been a look at, for example, whether the Women's Program of Secretary of State and Status of Women should be more closely linked. There are advantages and disadvantages. If Status of Women actually began delivering programs rather than being able to stand back and look at what government is doing and be urging and assessing what other government departments are doing with respect to women, we might lose that somewhat independent role, so I think there are two different kinds of roles there.

The Women's Bureau at Labour Canada has a very specific mandate of looking at women in the workplace and the Canada Labour Code as it applies to women. The Canadian Advisory Council on the Status of Women was established following the royal commission of 1970, which recommended that, again, there should be an independent advisory council, whose work has been more focused on research over the past years.

You may be calling Dr. Glenda Sims, the president, before the committee. I think she has some new ideas about how she wants to focus the activities of the council, but it has in the past been more research-oriented. Then the Women's Program of Secretary of State has been the delivery agency of funding to women's organizations throughout the country to assist them in working towards equality. So there are different roles.

[Traduction]

My question relates to the effectiveness of the Women's Program. In Part III of the budget, it says:

It is difficult to establish clearly the relationship between the agency's work and specific changes to policies and legislation occurring in areas under the jurisdiction of other departments.

Even we as Members of Parliament find it somewhat confusing, because there is the Advisory Council on the Status of Women, as well as the Women's Bureau within the Department of Labour—incidentally, I am wondering why that is not part of your department—and also, the Women's Program within the Secretary of State. So, there seems to be a great deal of overlap, and I am just wondering whether, in terms of the effectiveness of your programs, it might not be a good idea to make some changes. You said earlier that you wanted to get the committee members' views on how to improve this agency.

Do you not think it might be preferable to have them all under one roof? I realize that these organizations do not have the same mandate at all. Your agency is responsible for studying legislation, policy and making representations. But there is so many people involved in women's programs that I really wonder just how effective they are.

Mme Collins: Je comprends très bien votre inquiétude, et j'avoue que pendant longtemps, j'avais la même impression que vous. Je sais qu'on a étudié la possibilité d'établir des liens plus étroits entre le programme de promotion de la femme du Secrétariat d'État, par exemple, et Condition féminine Canada. Il y a des avantages et des inconvénients à cela. Si Condition féminine Canada se mettait à appliquer les programmes, plutôt que de les évaluer et d'exercer des pressions sur d'autres ministères en matière d'initiatives qui profitent aux femmes, je pense qu'on perdrait cette dimension d'indépendance; à mon avis, il s'agit de deux tâches bien différentes.

Quand au Bureau de la main-d'oeuvre féminine au ministère du travail, il a un mandat très précis: celui d'étudier la situation des femmes en milieu de travail et l'application du code canadien du travail aux femmes. Le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme a été établi à la suite des travaux de la Commission royale de 1970, qui a recommandé, encore une fois, qu'il existe un conseil consultatif indépendant, dont le travail consiste de plus en plus à faire des recherches.

Vous allez peut-être inviter le Dr. Glenda Sims, présidente du Conseil, à comparaître devant le comité. Je crois qu'elle pourrait certainement partager avec vous ses idées sur une nouvelle orientation pour le Conseil, mais je sais que par le passé, il a surtout fait de la recherche. Quant au Programme de promotion de la femme du Secrétariat d'État, il a toujours pour objet d'accorder des subventions aux organismes féminins partout au Canada pour les aider à concrétiser l'égalité des deux sexes. Il existe donc rôles différents.

[Text]

One thing I have initiated is to ask my deputy, Kay, to bring together the deputies of a number of government departments whose activities relate to women to get a more co-ordinated approach—to assess what they are doing in their departments and programs and to try to identify overlaps or whether or not we are doing things in as effective a way as we can. We are just initiating that process.

I think I would want to wait a little longer, until I have been in the portfolio a little bit longer too, because sometimes you have initial thoughts of how it would be nice if everything was all together, but as you start to look at it from a longer-term perspective, you can see it might create some problems as well.

Mme Bertrand: Une dernière et courte question. Condition féminine cherche à supprimer les obstacles qui restreignent les possibilités et les chances des femmes dans le monde du travail, dans les organismes à vocation sociale, etc. . . Quand il s'agit de nommer des femmes à tout poste, mais surtout à des postes cadres, est-ce que vous avez une influence auprès de la Fonction publique? Je sais que ce n'est pas la Fonction publique qui fait des nominations, mais elle a quand même des listes à soumettre quand il y a des concours. Cependant, quand il n'y a pas de concours, est-ce que vous faites des représentations pour que des femmes soient nommées? Est-ce que vous avez une liste de femmes compétentes capables, à travers le Canada, dans tous les domaines, et que vous pourriez soumettre à l'occasion au Gouverneur en conseil?

Mrs. Collins: There are two categories: there are Order in Council appointments, which are appointments to government boards and commissions—and there are, in fact, some senior appointees who are Governor in Council—and then there is the regular Public Service. We obviously have input into Order in Council appointments, but not directly into the Public Service, because that is done through the Public Service. Obviously, what we have to do there is to be working with, for example, the recommendations we talked about earlier in *Beneath the Veneer*, to be encouraging departments to identify women with potential who can be moved into more senior positions, through bridging programs, working with the Treasury Board. As well, the PCO would play a role in this. But it would not be appropriate for us to be directly intervening and to say that a certain woman should be a deputy minister. That has to be—

[Translation]

Par contre, j'ai demandé au sous-ministre, Kay, d'organiser une réunion des sous-ministres d'un certain nombre de ministères fédéraux, dont les activités touchent les femmes, afin d'assurer une meilleure coordination—c'est-à-dire afin d'évaluer les activités de chacun de ces ministères pour déterminer où il existe un éventuel chevauchement, et s'il n'y aurait pas moyen d'améliorer l'efficacité de ces programmes. Mais ce processus ne fait que débiter.

Alors, j'aimerais attendre de connaître un peu mieux mon portefeuille, car on peut penser, de prime abord, qu'il vaudrait mieux que tout soit réuni dans un même ministère, mais quand on essaie d'étudier la situation à plus long terme, on voit aussi qu'une telle approche pourrait créer certaines difficultés.

Mrs. Bertrand: One last brief question. Status of Women Canada works to eliminate the obstacles that limit choices and opportunities for women in the workplace, in socially oriented organizations, and what have you. When it comes to appointing women to positions—particularly senior or executive positions—do you have any influence over the Public Service? I know that the Public Service does not actually make the appointments, but it does have lists of candidates when there are competitions. However, when a competition is not involved, do you make representations with a view to having women appointed? In other words, do you have a list of capable women, working in all fields across Canada, that you could submit on occasion to the Governor in Council?

Mme Collins: Il existe des nominations de deux catégories: d'abord, les nominations par décret du conseil, qui sont des nominations aux conseils et commissions gouvernementaux—et dont un certain nombre sont des postes supérieurs dotés par le gouverneur en conseil—et, deuxièmement, les nominations faites par la Fonction publique. Nous avons, évidemment, notre mot à dire pour les nominations par décret du conseil, mais pas pour celles de la Fonction publique, car c'est cette dernière qui s'en charge. Sur ce plan-là, ce qu'il faut faire, c'est adopter les recommandations de la publication *Au-delà des apparences*, dont on a parlé tout à l'heure; c'est-à-dire encourager les ministères à déterminer quelles femmes pourraient éventuellement occuper des postes supérieurs, et ce, en travaillant de très près avec le Conseil du Trésor. Le BCP serait, lui aussi, appelé à jouer un rôle. Mais il ne nous appartient pas d'intervenir directement et de proposer telle ou telle femme à un poste de sous-ministre. Cela doit être. . .

• 1035

Mrs. Bertrand: You do make efforts to—

Mrs. Collins: Certainly within the Order in Council appointments. The other area, of course, is in the private sector. A Conference Board report came out last week that indicated the number of women on boards in this country has grown from 1.5% to 6%. That is obviously encouraging, but is certainly not enough.

Mme Bertrand: Pourtant, vous essayez bien de. . .

Mme Collins: Surtout en ce qui concerne les nominations par décret. Et puis il y a, bien sûr, le secteur privé. Selon un rapport du *Conference Board*, rendu public la semaine dernière, la proportion de femmes siégeant à des conseils d'administration est passée de 1,5 p. 100 à 6 p. 100. Cela est encourageant mais demeure nettement insuffisant.

[Texte]

As I have said to some people, if they have a problem and want to know about some good women in this country, they should give us a call. We can certainly put them in touch with the people who know, or will find people for them, as well. There are lots of outstanding women who could be very effective members of corporate boards.

Mrs. Bertrand: But do not wait until they give you a call; give them a call.

Mrs. Collins: Yes, we do that too. We sometimes send letters out to people on that.

Mr. Halliday (Oxford): I welcome the minister. The objective of Status of Women in Canada is to promote equal opportunities for women in all spheres of Canadian life. As chairman of the Standing Committee on the Status of Disabled Persons, I am concerned about equal opportunity for them as well, particularly women who are disabled, 13% to 14% of Canadians. How many disabled people, of your 50 person-years, do you have on staff?

Mrs. Collins: We have one.

Mr. Halliday: One person or one person-year?

Mrs. Collins: One person. It is one position. We have one disabled woman.

Mr. Halliday: A full person-year? That is 0.5%.

Mrs. Collins: No, it is 2%. We have 50 people. There is a problem of identification. I know I have had discussions on this when we have been talking about the whole employment equity issue, particularly with respect to disabled persons. We talk to women's groups. A lot of people do not want to identify themselves as disabled. If you are obviously physically disabled, we know it. But there are many other kinds of disabilities not as evident. That is a difficulty.

On employment equity, I can tell you that 95% of our staff are women.

Mr. Wilbee (Delta): I welcome the minister. Actually we are usually a very amiable bunch, probably too much. So I will try to ruffle some feathers and take the traditional male chauvinist view of things.

Mrs. Collins: Listen, I have to deal with that every Tuesday in B.C. Caucus.

Mr. Wilbee: I get more phone calls and letters from constituents who feel the traditional role of the woman as housewife and mother is being put down in our modern society. I had a letter and a phone call yesterday from people

[Traduction]

Je dis parfois aux gens: si vous éprouvez la moindre difficulté à cet égard et que vous voulez qu'on vous indique le nom de Canadiennes capables, appelez-nous. On est en mesure de les mettre en contact avec des gens qui pourront les renseigner et même leur trouver des femmes de talent. Ce ne sont pas les femmes compétentes qui manquent et il y en a beaucoup qui feraient d'excellents membres d'un conseil d'administration.

Mme Bertrand: Mais n'attendez pas qu'on vous appelle; appelez-les.

Mme Collins: Oui, nous ne négligerons pas non plus cet aspect-là et, parfois, nous nouons des contacts en ce sens.

M. Halliday (Oxford): Je souhaite la bienvenue à la ministre. Condition féminine du Canada a pour rôle de promouvoir l'égalité des chances pour les femmes dans tous les domaines de la vie canadienne. En tant que président du Comité permanent des personnes handicapées, je me penche avec une attention particulière sur l'égalité des chances pour ces personnes-là et notamment sur la situation des femmes handicapées qui représentent 13 p. 100 ou 14 p. 100 de la population. Parmi les 50 années-personnes affectées à vos services, combien de postes sont occupés par des personnes handicapées?

Mme Collins: Une.

M. Halliday: Une personne ou une année-personne?

Mme Collins: Une personne. Un poste. Nous comptons, parmi notre personnel, une femme handicapée.

M. Halliday: Pour une année-personne complète? C'est-à-dire 0,5 p. 100.

Mme Collins: Non, il s'agit de 2 p. 100. Notre personnel compte 50 personnes. Il existe un problème d'identification. J'ai déjà évoqué cela lorsque nous avons discuté des problèmes d'équité en matière d'emploi et surtout lorsqu'il s'agit de l'emploi de personnes handicapées. Nous sommes en contact avec des groupes de femmes. Nombreuses sont les personnes qui ne veulent pas se présenter comme handicapées. Chez certaines personnes, leur handicap physique est évident mais il existe aussi d'autres formes d'handicaps qui sont beaucoup moins évidents. Cela peut causer un certain nombre de problèmes.

Quant à l'équité en matière d'emploi, je précise que notre personnel compte 95 p. 100 de femmes.

M. Wilbee (Delta): Je souhaite la bienvenue à la ministre. En général, nous sommes d'une grande amabilité, voire d'une amabilité excessive. Permettez-moi donc, une fois n'est pas coutume, de braver les critiques de mâles chauvinismes et de me faire un peu l'avocat du diable.

Mme Collins: Allez-y, j'en fais chaque mardi l'expérience lors des réunions du caucus de la Colombie-Britannique.

M. Wilbee: Beaucoup de mes électeurs me téléphonent ou m'écrivent pour me dire que notre époque a tendance à dénigrer le rôle traditionnel de la femme, c'est-à-dire celui de mère et de maîtresse de maison. Hier, j'ai reçu une lettre et

[Text]

who had just done their income tax. They were being punished because they were one-earner families. In one case in particular, the wife is a physiotherapist. She could go out to work but chooses to stay home and look after the children. As a result they suffer financially.

In your search for equality for women, are you taking an active role in looking after this traditional housewife-mother position? Is your department more concerned about getting them into, say, the active work force, which seems to be the role?

Mrs. Collins: It is interesting; a lot of people have the perception that somehow Status of Women or whatever women's organizations do not care about women in the home or something. That is not true. We care about all Canadian women and ensuring that they have choices, that they have opportunities, and equal opportunities to make those choices.

For many women the choice is to stay at home either while their children are young or for a more extended period. Of course we are concerned about their status. We are concerned about pension reform, for example, the kinds of reforms that have come forward in the last few years to assist them. I would say the tax system recognizes that very significantly. The tax credit for a spouse and the child tax credit are very good in those situations. So there is a recognition of that role.

• 1040

In the past there has been discussions about homemakers' pensions and the Minister of National Health and Welfare has had discussions with provincial counterparts. It is difficult, because who is going to pay for it? There are provisions for spousal RRSPs where a working spouse can put money aside in a non-working spouse's name, for an RRSP to assist in retirement plans.

So attention is directed towards the needs of women in the home. Some of the work that goes into women's centres, and I visited one in Verdun last week. A number of women involved in that centre are women at home with children who are experiencing the difficulties and frustrations of living on low incomes, and the women's centre has been an important place to help them learn more and develop their esteem. They have programs on parenting. So there are lots of ways. NAC too has supported programs for women in the home.

[Translation]

un coup de téléphone de personnes qui venaient de finir de régir leurs déclarations d'impôt. Elles avaient l'impression d'être injustement punies du fait de ne disposer que d'un seul revenu. Alors, une des femmes en question est physiothérapeute de métier. C'est dire qu'elle pourrait tout à fait se trouver un emploi mais, pourtant, elle a décidé de rester chez elle et de s'occuper des enfants. Cette décision pose à sa famille un certain nombre de problèmes financiers.

Or, vous oeuvrez pour l'égalité des femmes, mais que faites-vous pour améliorer la situation traditionnelle de la femme—maîtresse de maison? Votre ministère tente-t-il surtout d'accroître la participation des femmes au sein de la population active?

Mme Collins: Votre question est révélatrice. Beaucoup de gens ont l'impression que le ministère de la Condition féminine et les diverses organisations de femmes ne s'intéressent pas à celles qui ont opté pour la fonction de maîtresse de maison. Il n'en est absolument rien. Nous nous intéressons à la condition de toutes les Canadiennes et nous voulons leur assurer une certaine liberté de choix et une certaine égalité des chances leur permettant d'exercer cette liberté de choix.

Nombreuses sont les femmes qui décident de s'occuper de leur intérieur, soit jusqu'à ce que leurs enfants aient atteint un certain âge, soit pour une période plus longue. Bien sûr que nous nous intéressons à leur situation. Nous nous occupons, par exemple, de la réforme des régimes de pension et des diverses autres mesures adoptées au cours des quelques dernières années afin d'améliorer leur situation. Je pense que notre régime fiscal tient compte de cela. La réduction d'impôt fédéral du conjoint et le crédit d'impôt pour enfants ont justement été conçus dans cette optique-là. C'est dire que nous n'oublions pas la place de la femme au foyer.

On avait, il y a quelques années, évoqué la possibilité d'un régime de pension pour les ménagères et le ministre de la Santé et du Bien-être social s'en était entretenu avec ses homologues provinciaux. Cette idée soulevait de nombreux problèmes car on voyait mal comment en assurer le financement. À l'heure actuelle, une personne qui travaille peut cotiser à un REER ouvert au nom de son conjoint qui demeure au foyer, et cela constitue une sorte de régime de pension complémentaire.

Non, nous ne nous désintéressons pas du tout de la situation de la femme au foyer. Nous nous intéressons également aux centres d'accueil pour les femmes et j'ai eu l'occasion, la semaine dernière, de me rendre à l'un d'entre eux, à Verdun. Plusieurs des femmes participant à l'activité de ce centre, étaient des personnes qui étaient restées chez elles pour s'occuper de leurs enfants mais qui éprouvaient, de par là même, de sérieuses difficultés financières. Le Centre d'accueil est un endroit où elles peuvent venir chercher à la fois des conseils d'ordre pratique et un soutien moral qui leur permet de mieux vivre leur situation et de renforcer leur amour-propre. Ces centres mettent également en oeuvre des programmes de pédagogie maternelle. C'est dire que nous ne négligeons pas cet aspect de la question. Le CCASF contribue, lui aussi, aux programmes destinés aux femmes qui, par choix ou par nécessité, sont restées au foyer.

[Texte]

We want to make sure women have equal access to opportunities. The reality in today's society and economy is that most families require two working spouses to attain the quality of life they want. And most women work because they want to. They want to have that opportunity, so we have to look at their needs as well. But we are concerned about all women.

Mr. Wilbee: In her comments Madam Bertrand said that women's issues lead to a greater understanding between men and women. A recent study in the United States showed that women's opinions of men have deteriorated. In other words, women no longer think as favourably of men as they used to. I suspect that the reverse is also true. This concerns me very much. My sons tell me there are no good girls out there and my daughters tell me there are no good guys out there any more. There seems to be some kind of a gender breakdown. Personally, I think it is a great relationship, but this concerns me.

Is your group doing any research to determine what factors might be contributing to this? In other words, instead of becoming more adversarial, are there any programs, techniques or studies being done to foster mutual understanding rather than presenting male versus female? I believe this fosters the violence against women.

I told you I was going to give you a bad time.

Mrs. Collins: My own view is that it is obviously women's changing attitudes and expectations. As women have moved into positions of more influence and power, their expectations have changed. They expect men to assist—whether or not it is in the home—to do their fair share of looking after the family and family responsibilities and to be equal partners. In some cases men have not moved to that stage, they are still thinking in the old ways where there was an unequal relationship or an unequal sharing of resources. Obviously that has to be addressed, primarily through education. We should start in the pre-school and the primary grades to help young girls and boys to understand equality.

Mr. Wilbee: Is there a gap in this area in our society? It seems to me there is, yet I do not see—and this was part of the question—anyone applying themselves to these types of problems.

• 1045

Mrs. Collins: I guess in a sense we all are. I cannot tell you of a particular program that is directed towards it and I am not sure we have identified it in our work. Whether it is through education, departments and schools, maybe it is something we should be looking at.

[Traduction]

Nous tenons beaucoup à assurer aux femmes l'égalité des chances. C'est un fait qu'aujourd'hui la plupart des familles ont besoin d'un double revenu pour s'assurer le mode de vie auquel elles aspirent. D'ailleurs, la plupart des femmes travaillent parce qu'elles le veulent. Elles veulent avoir cette occasion-là et nous devons donc songer aussi à leurs besoins à elles. Mais nous nous intéressons à la situation de toutes les femmes.

M. Wilbee: M^{me} Bertrand a dit que l'étude de la situation de la femme peut mener à une meilleure compréhension entre les hommes et les femmes. D'après une étude récemment publiée aux États-Unis, les hommes ont baissé dans l'estime des femmes. Autrement dit, les femmes non pas vis-à-vis des hommes, une opinion aussi favorable qu'avant. Je pense que l'inverse est sans doute également vrai. Or, cela me préoccupe beaucoup. Mes fils me disent qu'ils n'arrivent pas à trouver de filles qui leur plaisent et mes filles me disent qu'elles n'arrivent pas à trouver des garçons qui leur plaisent. C'est comme s'il y avait une sorte de rupture entre les sexes. Or je pense que le rapport entre l'homme et la femme est un rapport fondamental et tout cela m'inquiète un peu.

Votre groupe a-t-il entrepris des recherches afin de mieux cerner les facteurs possibles de cet état de choses? Autrement dit, au lieu de mettre un accent croissant sur le militantisme, entreprend-on des programmes, ou des études susceptibles de contribuer à une meilleure compréhension entre les sexes? Je pense que la rupture actuelle est plutôt facteur de violence à l'encontre des femmes.

Mais, je vous avais prévenu que je me ferais un peu l'avocat du diable.

Mme Collins: À mon avis, les attitudes et les attentes des femmes sont en pleine mutation. Leurs attentes ont changé au fur et à mesure qu'elles accédaient à des postes d'influence et de pouvoir. Elles s'attendent à ce que les hommes les aident—à la maison aussi bien qu'à l'extérieur—qu'ils s'occupent, eux aussi, de la famille, qu'ils partagent les responsabilités familiales et qu'ils prennent le rôle d'un associé égal et loyal. Or, certains hommes n'en sont pas encore là. Ils en sont restés à cette inégalité des rapports et à cette inégalité dans le partage. Il est bien évident que cette situation ne peut pas durer et qu'il faut chercher à y remédier sans doute principalement par la pédagogie. Il faut commencer dès l'enfance, avant même l'entrée à l'école, et initier les garçons et les filles à cette notion d'égalité.

M. Wilbee: Cela pose-t-il effectivement un problème dans notre société? J'ai l'impression que oui, et pourtant—et cela faisait partie de ma question—je ne vois pas où sont les efforts en vue de régler les problèmes de ce genre.

Mme Collins: Je crois qu'en fait nous contribuons tous à la recherche d'une solution. Je ne suis pas en mesure de vous citer un programme précis mis en oeuvre dans ce contexte et je ne suis même pas certaine que nous ayons bien cerné le phénomène dans le cadre de nos propres activités. Peut-être devrions-nous nous pencher davantage sur la recherche de solutions possibles aussi bien dans les écoles que dans les ministères.

[Text]

Mr. Wilbee: I guess my basic concern is that we may be tackling these problems at the wrong level. In other words, are we really getting to the root? We talk about the problems of single moms primarily, single parents with kids and so on. We can throw a lot of money at this, but are we solving the basic root cause of the problem? What is our society doing? Should the government be taking an active role in perhaps research, pilot projects or whatever it may be?

Mrs. Collins: I will give some thought to that. Really this would be research to address to men for accepting their responsibilities in different kinds of ways from what has been the practice in the past.

Ms Stanley: I want to draw the attention of the committee to our "Working for Equality", which is really our mission statement. The whole theme of Status of Women Canada is Partners in Action. We see this partnership very much involving men and women. An eminent African leader at the beginning of the Nairobi conference said—and Madam Bertrand will recall this because she was there—that the world does not move forward on one foot.

We in Status of Women Canada, through our minister, make many speeches, and I do too. For example, I am addressing the adventures and citizenship group for three hours tomorrow morning. It is education through communication and through attempts to look at this in a holistic manner. Our society is in transition and we all have a vested interest in understanding the motivations behind the activities of men and women. Through our communications and through our policy input work, we are always trying to bring a balanced view forward consistent with Partners in Action. I refer you to our little statement, Mr. Wilbee. I think you will find it helpful.

Mr. Wilbee: Another concern is that I do not sense a lot of men wanting to jump on the bandwagon.

Mrs. Collins: A lot of the work that is done through Secretary of State's Women's Program on the education side of it is to help educate all society about equality issues. What you are trying to do is redress. Women have been down here in terms of economic equality and social issues and we are just trying to bring everybody up to a par so we have a truly equal society. Women can play the role in decision-making.

[Translation]

M. Wilbee: Ce qui me préoccupe un peu, c'est l'idée qu'on s'attaque peut-être à ces problèmes à un niveau qui ne leur convient pas. Autrement dit, nous attaquons-nous aux racines du mal ou simplement à ses manifestations superficielles? Nous avons évoqué le problème des mères célibataires, enfin des parents célibataires. Nous pourrions, évidemment, augmenter les crédits destinés à lutter contre ce problème, mais, cela nous permettrait-il d'en atteindre les causes? Que faisons-nous, en tant que société? Le gouvernement devrait-il participer plus activement aux recherches, aux projets pilotes ou aux diverses autres mesures que l'on pourrait imaginer?

Mme Collins: Je vais essayer d'y réfléchir. Je pense qu'il s'agirait d'effectuer des recherches dont les résultats pourraient être diffusés chez les hommes afin de les encourager à assumer les diverses responsabilités qui leur incombent et donc à modifier certaines manières de faire qui s'étaient imposées dans le passé.

Mme Stanley: J'attire l'attention de votre comité sur un document que nous avons publié sous le titre «Travaillons pour l'égalité». Ce document constitue en fait notre énoncé de mission. Le thème de l'action que nous menons au sein du ministère de la Condition féminine est clairement illustré par la devise «partenaires dans l'action». Pour nous, il existe, entre les hommes et les femmes, un véritable partenariat. Au début de la conférence de Nairobi, un chef d'État africain respecté a rappelé—et madame Bertrand s'en souvient sans doute, étant donné qu'elle était là—que le monde n'avance pas à cloche-pied.

La ministre chargée de la Condition féminine prononce de nombreux discours dans ce domaine et j'en prononce, moi-même, un certain nombre. Demain matin, par exemple, je dois intervenir pendant trois heures devant l'association Aventure et Citoyenneté. Il s'agit d'une initiative d'ordre pédagogique liée à une stratégie de la communication elle-même fondée sur une analyse globale de la situation. Notre société est en pleine mutation et tout nous porte à rechercher une meilleure compréhension des motivations propres aux hommes et aux femmes. Nos efforts en matière de communication et d'analyse tendent toujours à présenter un point de vue équilibré conforme à notre devise «partenaires dans l'action». Je vous renvoie, monsieur Wilbee, au petit document que nous avons distribué car je pense que vous y trouverez peut-être certains éléments de réponses.

M. Wilbee: Ce qui me préoccupe aussi c'est la rareté des hommes portés à se joindre au mouvement.

Mme Collins: Une grande partie des initiatives prises dans le cadre du programme de promotion de la femme, mis en oeuvre par le Secrétariat d'État, visent à sensibiliser l'ensemble de l'opinion sur les questions d'égalité. Nous essayons de redresser une situation qui nous paraît un peu déséquilibrée. Depuis longtemps les femmes souffrent d'une inégalité à la fois économique et sociale et nous essayons de remonter leur niveau afin d'aboutir à une société plus égalitaire. Les femmes ont un rôle à jouer dans les prises de décision, cela est clair.

[Texte]

I often use the illustration that politics is about the allocation of scarce resources. Women should have as much say about the allocation and how those resources are used as men, if you are going to have a truly equal society. We are not there yet and we want to be. We will be, too; I know that, but we need your help.

Mr. Wilbee: Thank you. We will do our best.

Mrs. Clancy: I beg the indulgence of the minister, but I understand that some committee members may be leaving to go to other committees. I would like to make a motion that the Secretary of State be invited to this committee to discuss those matters relating to status of women that fall under the Women's Program of Secretary of State.

Ms Black: I second it.

The Chairman: Do we have agreement with that? We will try it around May 24. Does it look as though we can work a date then? It will be up to the time that we can arrange it, if it is agreeable to committee members. Do I have agreement on that?

Some hon. members: Agreed.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): As I was listening to my colleague Dr. Wilbee, I was reminded of an English poet who once wrote: "The greatest battle that ever was fought was fought by the mothers of men".

I welcome you, Madam Minister. I know the mandate of Status of Women Canada includes trying to influence the activities of other departments so their activities thereby benefit women, and to promote the full and equal participation of immigrant and visible-minority women, and that Status of Women Canada is committed to global equality for women. Since the test of the application of any principle is best done when a most disadvantaged group is affected, my questions then relate to these principles as they reflect the mandate of Status of Women Canada.

• 1050

First, when a fiancée, a potential immigrant, agrees to come to Canada and marry a Canadian fiancé and then the latter reneges on his promise, the first approach to that potential woman immigrant is the deportation procedure. There is no penalty whatsoever that I know of that the fiancé, the man, has to be penalized with. So would you look into this and make representation to the Minister of Immigration that this seeming process of inequality will be addressed, and addressed promptly?

Mrs. Collins: I will certainly be glad to look at it. You feel the reneging fiancé should be penalized in some way.

Mr. Pagtakhan: That is right, and that the woman has to be given protection, care, and sensitivity.

[Traduction]

Je rappelle souvent que la politique c'est surtout la répartition de ressources insuffisantes. Il est clair qu'au chapitre de la répartition et de l'affectation de ces ressources, les femmes ont voix au chapitre. Or, la femme n'a pas encore atteint la pleine égalité et c'est pourquoi nous continuons à oeuvrer. Nous l'atteindrons, j'en suis certain mais il faudra que vous nous aidiez.

M. Wilbee: Je vous remercie. Nous allons nous atteler à la tâche.

Mme Clancy: Je demande au Ministre de bien vouloir nous en excuser mais certains membres du comité vont devoir nous quitter pour participer à d'autres délibérations. J'aimerais proposer que le secrétaire d'État soit invité à comparaître ici pour examiner les diverses questions relevant du programme de promotion de la femme mis en oeuvre par son ministère.

Mme Black: J'appuie la proposition.

Le président: Sommes-nous tous d'accord sur cela? Nous pourrions envisager de faire cela le 24 mai. Cette date vous semble-t-elle possible? Nous avons jusqu'alors pour préciser tout cela dans la mesure où les membres du comité sont d'accord. Le comité est-il d'accord?

Des voix: D'accord.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Les propos de mon collègue le docteur Wilbee, m'ont rappelé les mots d'un poète anglais, selon qui «la plus grande bataille jamais livrée est celle livrée par les mères».

Madame la ministre, soyez la bienvenue. Je sais qu'en vertu de la mission qui lui est confiée, Condition féminine Canada cherche à influencer les autres ministères et à faire en sorte qu'ils contribuent à une amélioration de la situation de la femme, qu'ils mettent en oeuvre les moyens devant permettre d'assurer aux immigrantes et aux femmes appartenant aux minorités visibles une pleine et entière participation à la vie de notre pays. Je sais que Condition féminine Canada se consacre pleinement à ces tâches afin que les Canadiennes atteignent, au sein de notre société, leur pleine égalité. Pour savoir dans quelle mesure l'on parvient à appliquer efficacement un principe, le meilleur moyen est sans doute de juger de ses effets auprès d'un groupe désavantagé. C'est pour cela que j'aimerais que vous nous indiquiez le rapport entre ces principes et la manière dont Condition féminine Canada assume les responsabilités qui lui ont été confiées.

Supposons, d'abord, qu'une fiancée, immigrante en puissance accepte de venir au Canada épouser son fiancé Canadien. Supposons, ensuite, que celui-ci manque à sa promesse. La femme risque l'expulsion. Or, aucune sanction n'a été prévue vis-à-vis du fiancé, c'est-à-dire de l'homme. Pourriez-vous, donc, vous pencher sur la question et demandez au ministre de l'Immigration si il n'y aurait manière de remédier dans les meilleurs délais à ce qui me semble constituer une inégalité dans la procédure même?

Mme Collins: J'y verrai. D'après vous, il conviendrait de sanctionner le fiancé qui manque à sa promesse?

M. Pagtakhan: Oui, il conviendrait de trouver les moyens de protéger la femme et de faire preuve, à son égard, d'une certaine compréhension.

[Text]

I have just received a letter from a woman who had been with a man for three months. The man decided not to marry the woman. When that woman returns to her country of birth she has no future whatsoever. Yet the processing is for her deportation, and there is no penalty for the man.

Mrs. Collins: I guess one has to ensure there is no abuse of the system and that it is not just used as a way to bring people into the country knowing they can—

Mr. Pagtakhan: Yes, of course that has to be taken into account. But knowing the sincerity of purpose of that woman, would you then agree this is definitely an inequitable system and it has to be addressed, and addressed promptly?

Mrs. Collins: I will be glad to have a look at that.

Mr. Pagtakhan: The second question is on, as stated in the estimates, the need to upgrade the dignity of women. One area of upgrading dignity, of course, is employment. They come here with various educational and professional credentials, and I am pleased it is addressed in the estimates that there is a commitment to streamlining and standardizing the process of recognizing foreign credentials and professional credentials. To date, what has been done by Status of Women Canada along this line, and when shall we see the fruit of your labour?

Mrs. Collins: My officials are members of the Working Group on Immigrant Integration, which is an interdepartmental initiative, so we are involved in two main areas, the language development issue and the recognition of skills and education acquired outside Canada. These are the two focuses we are particularly concerned about. It is an ongoing process. I do not know if I can tell you when we will have something out of that. We hope to have something this spring.

Mr. Pagtakhan: That is at least welcome news.

Third, we have heard about the continuing issues that beset and confront and are faced by the aboriginal people, and of course aboriginal women, by definition. Because the issues are so compelling and have been continuing for decades and perhaps centuries. . . The Standing Committee on Aboriginal Affairs did produce a report recently, in 1990, and indicated there are 30 unfinished agendas—30—from literacy to land claims, human rights, justice, and many others. The Canadian Human Rights Commission recommended the creation of a royal commission to look at aboriginal issues, to address comprehensively the issues that affect the aboriginal people.

Rather than looking piecemeal and having task force A, task force B, task force X, and task force X2, would you consider recommending to Cabinet a royal commission to look at aboriginal issues, issues affecting our aboriginal people, therefore including women, so once and for all the country would have a real national, serious, and comprehensive look at issues affecting our native people.

[Translation]

Je viens de recevoir une lettre écrite par une femme qui fréquentait un homme depuis trois mois. Or, celui-ci a décidé de ne pas l'épouser. Une fois rentrée dans son pays d'origine, cette femme n'a pas la moindre perspective d'avenir. Et pourtant on envisage de l'expulser alors que l'homme s'en sort indemne.

Mme Collins: Il faut, je pense, veiller à ce qu'on n'abuse pas du système et à ce qu'on ne cherche pas à tirer parti des dispositions en vigueur afin de faire venir des gens au Canada, tout en sachant qu'on pourra. . .

M. Pagtakhan: Il faut, bien sûr, tenir compte de cela. Mais dans la mesure où la sincérité de cette femme n'est pas en cause, n'estimez-vous pas que le système entraîne de fortes inégalités qu'il conviendrait de remédier dans les plus brefs délais?

Mme Collins: J'examinerai volontiers le dossier.

M. Pagtakhan: La seconde question porte, ainsi que le prévoit le budget des dépenses, sur la nécessité de renforcer la dignité des femmes. Une des manières de renforcer leur dignité serait bien sûr d'améliorer les conditions de l'emploi. Les immigrantes arrivent chez nous diversement munies d'un bagage pédagogique et professionnel et je suis content de voir, dans les prévisions budgétaires, que l'on entend simplifier et uniformiser la procédure des équivalences pour les diplômes et références étrangers. Où en est, à cet égard, Condition féminine Canada? Quand serons-nous en mesure d'apprécier les résultats de vos efforts?

Mme Collins: Mes officiels font partie du groupe de travail sur l'intégration des immigrants, initiative conjointe de plusieurs ministères. Nous oeuvrons principalement dans deux domaines; le perfectionnement linguistique et la reconnaissance des qualifications et de la formation reçue à l'étranger. Ce sont, pour l'instant, nos deux principaux champs d'activité. Cela dit, il s'agit d'un effort permanent et je ne suis pas vraiment en mesure d'en prévoir les résultats. J'espère pouvoir vous en dire plus au printemps.

M. Pagtakhan: C'est toujours ça.

Troisièmement, on continue à entendre parler des problèmes qu'éprouvent les peuples autochtones et, bien sûr, les femmes autochtones. Ces problèmes sont graves et tenaces puisqu'ils remontent à plusieurs dizaines d'années, voire à plusieurs siècles. . . Le Comité permanent des affaires autochtones a rendu cette année un rapport dans lequel il rappelle 30 importants problèmes qui n'ont pas encore reçu de solution—je dis bien 30—, cela va de l'alphabétisation aux revendications territoriales, des droits de la personne à la justice en passant par bien d'autres problèmes encore. La Commission canadienne des droits de la personne a recommandé la constitution d'une commission royale qui serait chargée de se pencher sur les problèmes propres aux peuples autochtones et d'examiner l'ensemble de la situation en vue d'y remédier.

Au lieu de confier tel problème au groupe de travail A, tel autre au groupe de travail B, et ainsi de suite, ne pourriez-vous pas proposer au Cabinet de nommer une commission royale chargée de faire enquête sur les problèmes propres aux autochtones, y compris aux femmes autochtones afin que, pour une fois, nous puissions ici au Canada procéder à un large débat, à la fois sérieux et global, sur l'ensemble des questions et des problèmes touchant nos peuples autochtones.

[Texte]

[Traduction]

• 1055

Mrs. Collins: That is an interesting proposal. I have not given a lot of thought to whether a royal commission is the best vehicle to look at these issues.

I have some reservations about royal commissions. We have been, as I mentioned earlier, proceeding with the development of an aboriginal women's economic development plan that I am tabling later this month with my colleagues from the provincial governments, and it will include some specific action steps we believe are important. This has been done in consultation with the major aboriginal women's organizations, which we believe could really promote economic development for aboriginal women.

That has been one of our major concerns, and in another area, recognizing that aboriginal women are often the subjects of violence. I was up in the Northwest Territories recently and met with my counterpart there, and that is their number one issue there in terms of dealing with women.

We are going to have to address that within our strategies—to deal with violence. The third area has been in the report on the federally sentenced women, because unfortunately many of the women in the women's penitentiary in Kingston are of aboriginal background. Their special needs need to be addressed, and action has to be taken on those recommendations. Those three areas where I think we have some recommendations immediately come to mind, so we can move ahead, and I would like to see us move ahead in those areas, and not necessarily wait for a royal commission, which could take three or four years.

Some things can be done now to improve the status of aboriginal women in this country, and we will need the support of colleagues—both federal and provincial—to implement them.

Mr. Pagtakhan: My concept for the creation of a royal commission is not to stop implementing current ongoing programs—far from it. They have to be implemented, and therefore that type of argument ought not to be used as an excuse not to.

For example, if we believe a royal commission on reproductive technology is an important vehicle to address a very crucial and important issue for the women of our country, would you not equally agree a royal commission—not to stop the practical implementations of current programs, but to look comprehensively on a very serious issue affecting our aboriginal people—equally ought to be struck and started?

Mme Collins: C'est une idée intéressante. Je n'ai guère eu l'occasion de réfléchir à la question de savoir si la constitution d'une commission royale serait vraiment le meilleur moyen d'étudier l'ensemble de cette situation.

J'avoue que les commissions royales ne m'enthousiasment guère. Comme je l'ai dit tout à l'heure, nous sommes en train de concevoir un projet de développement économique à l'intention des femmes autochtones et je dois, vers la fin du mois, déposer ce projet auprès de mes collègues provinciaux. Ce projet comprend un certain nombre de mesures concrètes précises qui nous semblent importantes. Ce projet a été élaboré de concert avec les principales organisations de femmes autochtones et nous estimons pouvoir contribuer à une amélioration sensible de la situation économique des femmes autochtones.

Ça été jusqu'ici un de nos principaux objets de préoccupation avec, dans un autre ordre d'idées, la violence dont les femmes autochtones sont assez souvent victimes. J'ai eu l'occasion récemment de me rendre dans les Territoires du Nord-ouest pour y rencontrer mon homologue et j'ai appris, à cette occasion, que la violence envers les femmes constitue là-bas le problème prioritaire.

Nous allons devoir tenir compte de cela dans l'élaboration de nos projets. Le troisième domaine sur lequel nous nous soyons penchés est la situation des femmes incarcérées dans des établissements fédéraux. Malheureusement on trouve parmi les détenues du pénitencier pour femmes de Kingston de nombreuses autochtones. Il convient de se pencher sur les besoins et les problèmes qui leur sont propres et prendre les mesures qui s'imposent. Voilà, un peu, les trois domaines dans lesquels nous avons concentré notre action. J'aimerais que nous puissions aller de l'avant et ne pas avoir à attendre les résultats d'une commission royale qui pourrait bien prendre trois ou quatre ans avant de rendre ses recommandations.

Il est possible, dès maintenant, de prendre certaines mesures en vue d'améliorer la situation des femmes autochtones et nous avons besoin, pour cela, de l'appui de nos collègues fédéraux et provinciaux.

M. Pagtakhan: Or si j'ai envisagé la constitution d'une commission royale, je ne pensais pas suspendre la mise en oeuvre des programmes actuels. Ce n'était pas du tout mon intention. Je pense que les programmes actuels doivent être mis en oeuvre et que la perspective d'une commission royale ne doit pas servir de prétexte à l'attentisme.

Si, par exemple, nous estimons que la constitution d'une commission royale chargée d'enquêter sur les nouvelles techniques de procréation assistées répond effectivement à un besoin que ressentent un certain nombre de Canadiennes, ne pensez-vous pas, par là même, que l'on pourrait envisager la constitution d'une commission royale chargée d'enquêter sur les graves problèmes qui touchent nos peuples autochtones. Cela ne voudrait pas dire qu'il faut interrompre la mise en oeuvre des programmes actuels.

[Text]

Mrs. Collins: It is not something the aboriginal women's organizations have approached us about. We would obviously consult them before we would put forward any recommendations of this nature. Again I would want to see what kind of mandate and how it would fit in with what our roles are for the promotion of the status of aboriginal women, so I would not want to give you a response without further consideration and consultation.

Mr. White (Dauphin—Swan River): A women's centre in Dauphin, Manitoba—in my constituency—was affected by the announced reductions in the 1990 budget. I received a letter from a lady in Dauphin who was involved in the centre and active with the local National Action Committee. She compared the reductions to the Montreal massacre. I am wondering what you think of such a comparison and what it does for the cause of women's equality.

Mrs. Collins: First of all, there was only one centre in Manitoba affected by the cuts, and I do not think it was Dauphin. It is in Winnipeg, the North End Women's Centre. So I do not—

Mr. White: They certainly were public with the condemnation, with the—

Mrs. Collins: Yes, of course. They were participating—

Mr. White: They claimed there were \$6,000 in cuts. I would be interested in straightening out the record.

Mrs. Collins: No, they are not one of those receiving core funding—from the list we have, at least—from Secretary of State. I have never seen that one.

Mr. White: The letter I received was condemning the cuts in general. It was a comparison.

Mrs. Collins: I do not think the comparison would be appropriate. Many of the women's centres are involved in assisting women who may be abused or may be in very difficult situations to access appropriate services or to deal with them, to talk to them, to let them know about their choices.

• 1100

In some of the women's centres I visited, it is sort of informal counselling. They do not purport to be professional counsellors. They are there to provide support. A woman in distress who comes in, does not know what to do, or thinks she has to accept this and has no one to turn to, will have people there to tell her about some of the options. They will make some phone calls for her, direct her to a transition house if that is what her choice is, seek some counselling or support, get financial support. That is a role many of the women's centres play in their communities. It is assisting women who may be in abusive or difficult situations.

[Translation]

Mme Collins: Les associations de femmes autochtones n'ont jamais évoqué cela. Il est bien évident qu'avant de recommander la nomination d'une commission royale nous voudrions consulter les premières intéressées. En pareille hypothèse, il faudrait réfléchir à la mission qui lui serait confiée et à la manière dont son action pourrait s'insérer dans l'action que nous menons en vue d'améliorer la condition des femmes autochtones. C'est pourquoi je ne saurais vous répondre avant d'avoir sérieusement réfléchi à la question et consulter les divers organismes intéressés.

M. White (Dauphin—Swan River): Un centre d'accueil pour les femmes situé dans ma circonscription de Dauphin au Manitoba a été touché par les coupures budgétaires annoncées en 1990. J'ai reçu une lettre d'une habitante de Dauphin qui avait participé à l'action du centre et à l'action du Comité d'action nationale locale. Elle a comparé les coupures budgétaires au massacre de l'École Polytechnique à Montréal. Que pensez-vous d'une telle comparaison et de l'effet que cela peut avoir sur les efforts tendant à l'égalité des femmes?

Mme Collins: Je précise tout de suite qu'un seul centre au Manitoba a été touché par les coupures budgétaires. Je ne pense pas qu'il s'agisse de celui de Dauphin. Ce centre se trouve à Winnipeg et s'appelle, je pense le North End Women's Centre. C'est pourquoi je ne pense pas—

M. White: Pourtant, elles en ont très publiquement condamné la fermeture et—

Mme Collins: Oui, évidemment, elles participaient à—

M. White: Elles prétendent que leur budget a été amputé de 6,000\$. J'aimerais bien que nous puissions savoir ce qu'il en est.

Mme Collins: Non, il ne s'agit pas d'un des centres bénéficiant d'une subvention de fonctionnement, du moins d'après la liste du Secétariat d'État. Je n'ai jamais vu ce nom-là.

M. White: La lettre qui m'a été envoyée s'insurgeait contre l'ensemble des coupures budgétaires. Il s'agissait d'une comparaison.

Mme Collins: Je ne pense pas que cette comparaison soit justifiée. Parmi les centres d'accueil pour les femmes, nombreux sont ceux qui aident les femmes maltraitées ou qui ont du mal à obtenir les services dont elles auraient besoin ou qui ont du mal à communiquer avec ces services pour expliquer leurs besoins. Il s'agit de leur expliquer les diverses voies qui leur sont ouvertes.

Dans certains des centres que j'ai visités, on offre aux femmes une écoute et des conseils comme ça, en toute simplicité. Ce sont plutôt des bénévoles que des spécialistes. On est là pour accorder aux femmes une aide et un soutien moral. Imaginez une femme qui traverse une mauvaise passe, qui ne sait pas quoi faire, qui ne voit pas comment s'en sortir, qui n'a personne à qui demander conseil. Une telle femme pourra donc se rendre dans un de ces centres et y recevoir conseils et réconfort. Elle y trouvera des gens qui pourront effectuer certaines démarches pour son compte, l'orienter vers un centre d'hébergement le cas échéant, et lui obtenir une aide financière et la conseiller utilement. Voilà à quoi servent, dans de nombreuses communautés, les centres d'accueil pour les femmes. Il s'agit de venir en aide aux femmes qui se trouvent dans une mauvaise situation ou qui ont subi des sévices.

[Texte]

Mr. White: I am trying to get your reaction to the strategy of this local group, comparing government cut-backs to going into a university classroom—

Mrs. Collins: That tragedy was just so horrendous, so awful. Obviously it was the act of a madman. What we have to do, as we talked about earlier, as we think about these issues in a long-term way, is how to prevent those kinds of things in our society.

What makes someone act like that? Do we know? What are the linkages? Are there linkages back to abusive homes? Can we prevent those? I do not know if we can. I am not a psychiatrist or a psychologist. But I think there are some things we can do to change attitudes, to improve the situation, to make it unacceptable in our society for women to be abused, to have our court systems more rigorous.

I was delighted to see the recent Supreme Court decision on the Lavallée case. I think it was a major breakthrough in recognizing that abuse of women is not acceptable. Hopefully these kinds of things will snowball and we will be able to change. Unfortunately, we may never be able to change an individual so disturbed that they will do something like that or cause other kinds of violent situations. We need to focus more attention in this area.

Ms Black: A number of things have come up that I would like to address; I will stick with three. When you talked about the reinstitution of funding for women's centres, I would like to ask why British Columbia is the only province not getting full federal funding back for their women's centres? In fact, it is only getting half their funding back at this point for the women's centres in British Columbia.

Why has B.C. been singled out for that kind of discrimination? The other provinces are getting back full funding to their women's centres. B.C. is only getting back, as I understand it, \$250,000 out of \$500,000.

Mrs. Collins: The policy is that they can get the full \$500,000 this year if they want. Or if the province decides it wants to get involved, they would put in \$250,000; we would ensure that the other \$250,000 is used for next year. We can work out a variety of arrangements so that they will be getting the full money.

Ms Black: So you are saying they will get the full \$500,000 federal, and if the provincial government has committed—

Mrs. Collins: It will be in addition to that.

Ms Black: So in B.C. the women's centres for this fiscal year will get \$500,000 federal funding—

Mrs. Collins: Probably \$514,000 or something.

Ms Black: —and \$250,000 from the provincial government.

[Traduction]

M. White: J'aimerais que vous me disiez ce que vous pensez de l'attitude de ce groupe qui compare les coupures budgétaires à cet assassinat perpétré dans une salle de classe. . .

Mme Collins: Il s'agissait, dans le deuxième cas, d'une horreur, d'une véritable tragédie. Il est clair que c'était le fait d'un déséquilibre. Il faut que nous engagions une réflexion à long terme afin de nous entendre sur les moyens de prévenir ce genre de débordement.

Quelles sont les causes de ce genre de violence? Le savons-nous seulement? Quelles sont les causes, les facteurs? Doit-on imputer cela aux violences subies dans l'enfance? Sommes-nous en mesure de les empêcher? Je ne sais pas si nous le pouvons. Je ne suis ni psychiatre ni psychologue. Mais je pense qu'il y a des manières de modifier les attitudes, d'améliorer les situations, de renforcer notre système judiciaire et de nous élever contre les violences dont sont victimes les femmes.

J'ai été très contente de voir la décision que la Cour suprême a récemment rendue dans l'affaire Lavallée. Je pense que c'est une véritable percée et un repère important dans nos efforts en vue de stigmatiser la brutalité au plan de la société toute entière. J'espère que cela fera bouler de neige et entraînera des changements durables. Malheureusement, nous n'aurons peut-être jamais les moyens de modifier le comportement de tel ou tel individu déséquilibré susceptible d'exploser dans un tourbillon de violence. Je pense qu'il faut tout de même s'attaquer aux problèmes dans l'espoir d'aboutir.

Mme Black: J'aimerais, pour ma part, me cantonner dans trois domaines. Vous avez évoqué la reprise des subventions destinées aux centres d'accueil pour les femmes. Pourquoi la Colombie-Britannique est-elle seule à ne pas avoir retrouvé, de la part du gouvernement fédéral, une subvention intégrale pour les centres d'accueil destinés aux femmes? En fait la Colombie-Britannique ne reçoit à l'heure actuelle que la moitié des subventions destinées aux centres d'accueil pour les femmes.

Pourquoi la Colombie-Britannique est-elle seule dans cette situation? Les autres provinces obtiennent le remboursement intégral des subventions destinées aux centres pour les femmes. Or, si j'ai bien compris, la Colombie-Britannique ne retouche que 250,000\$ pour chaque 500,000\$ déboursés.

Mme Collins: Selon la politique en vigueur, la province pourrait, si elle le voulait, obtenir cette année les 500,000\$. Ou bien, à supposer que la province en décide ainsi, elle pourrait engager 250,000, ce qui lui assurerait 250,000 de plus qui pourrait être utilisés l'année d'après. Il y a plusieurs arrangements possibles permettant d'assurer le versement intégral des subventions prévues.

Mme Black: Ainsi, d'après vous, le gouvernement provincial pourra toucher intégralement la subvention de 500,000\$ versée par le gouvernement fédéral dans la mesure où le gouvernement provincial a affecté. . .

Mme Collins: Oui, en plus de cela.

Mme Black: Ainsi, en Colombie-Britannique, les centres d'accueil pour les femmes obtiendraient, pour l'année en cours, une subvention fédérale de 500,000\$. . .

Mme Collins: Oui, d'environ 514,000\$.

Mme Black: . . . et 250,000\$ du gouvernement provincial.

[Text]

Mrs. Collins: I would not want to say that at this point. I am not exactly sure what the province is going to do.

Ms Black: They have committed \$250,000.

Mrs. Collins: They may want to look at how they will use that money. We have the \$514,000—or whatever it is, \$500,000. If the province wants to become involved this year, and only require the \$250,000, our other \$250,000 can be used for next year. If they would prefer that we do the full funding this year, we will do that. Perhaps they want to come in next year or want to supplement them in other ways.

Ms Black: So there is no way you see possible that the women's centres in British Columbia will get \$750,000 this year. You are telling me that the maximum—

Mrs. Collins: It will be \$500,000.

Ms Black: —at both levels of government, no matter how that works out, is going to be \$500,000.

Mrs. Collins: The provincial government may decide to use their resources in other ways. I do not know. They have said they have money available.

Ms Black: The B.C. Minister responsible for the Status of Women in British Columbia was on the news over the weekend indicating that she was committed to putting in funding additional to the federal funding. They saw the supplemental much like the Government of Quebec, who have said that their funding to women's centres in the province of Quebec is supplemental to federal funding and in no way meant to replace federal funding.

• 1105

My question is this: will the funding continue from the federal government to sustain women's centres; or when you call it transitional funding, is this an indication—it seems to me it is—that the federal government is moving away from funding these programs?

We have heard over and over again all day today—and I think Dr. Wilbee brought it up in his own way—that the important thing is education. Well, the funding that comes through Secretary of State is meant to be used in some ways for public education around the issues of equality for women, around gender equality in our society, to prevent the kind of thing Mr. White was talking about where you get this polarized and sometimes really frightening division of sexes in our society.

On the funding, the criteria, getting back to what Ms Greene said too, she talked about doing another study by Members of Parliament. But there has already been, as you mentioned, the "Fairness in Funding" report that went

[Translation]

Mme Collins: Je ne suis pas en mesure de vous l'affirmer pour l'instant. Je ne sais pas exactement quelles sont les mesures envisagées par la province.

Mme Black: On a prévu d'y consacrer 250,000\$.

Mme Collins: La province va peut-être vouloir examiner la manière dont cet argent sera dépensé. Nous disposons d'ores et déjà de 514,000\$—ou, disons, de 500,000\$. Si la province veut participer, cette année à ce genre d'initiative, et qu'elle n'a besoin que de 250,000\$, les autres 250,000 pourront être utilisés l'année prochaine. Nous pouvons également, si c'est cela que la province préfère, accorder dès cette année la subvention intégrale. Peut-être la province entend-t-elle participer à partir de l'année prochaine ou trouver une manière de compléter les subventions prévues.

Mme Black: Il vous semble donc impossible que, cette année, les centres d'accueil pour les femmes en Colombie-Britannique reçoivent 750,000\$. Ainsi, le maximum. . .

Mme Collins: Sera de 500,000\$.

Mme Black: . . .et cela avec des subventions fédérales et provinciales. Donc, quelle que soit la situation, les centres d'accueil pour les femmes n'obtiendront pas plus de 500,000\$.

Mme Collins: Le gouvernement provincial va peut-être décider de répartir autrement les ressources disponibles. Je n'en sais rien. Les provinces ont indiqué que l'argent était disponible.

Mme Black: La ministre de la Colombie-Britannique chargée de la situation de la femme dans cette province est passée aux nouvelles en fin de semaine. Elle a déclaré sa ferme intention de compléter les subventions accordées par le gouvernement fédéral. La province considère cette sorte de rallonge budgétaire de la même manière que le gouvernement du Québec, selon qui les subventions provinciales accordées aux centres d'accueil pour les femmes viennent compléter les subventions fédérales et ne prétendent nullement les remplacer.

Ma question est donc la suivante: le gouvernement fédéral va-t-il continuer à subventionner les centres d'accueil pour les femmes? Ou le fait de dénommer ces subventions des subventions transitoires doit-il nous prévenir—et c'est comme ça que je l'interprète—que le gouvernement fédéral a l'intention de se retirer de ce genre de programmes?

Tout le monde a affirmé—et je crois que M. Wilbee a lui aussi, à sa manière, manifesté cette opinion—que l'important, c'est l'éducation. Mais les subventions accordées par le Secrétariat d'État sont en partie destinées à un effort d'éducation publique sur la question de l'égalité des femmes, de l'égalité des sexes au sein de notre société et sur la nécessité d'éviter ce que M. White a évoqué tout à l'heure, c'est-à-dire, justement, cette polarisation, cette coupure déplorable entre les sexes.

M^{me} Greene avait également évoqué la possibilité de confier au Parlement une nouvelle enquête sur les subventions et les critères d'octroi. Mais, comme vous l'avez vous-même fait remarquer, il y a déjà eu le rapport *Équité*

[Texte]

through that whole legislative subcommittee process and was endorsed by the government. It is there. The study has been done and we know what is needed in the areas of public education and I think we should just get on with it.

Mrs. Collins: Right now—

Ms Black: Back to B.C.

Mrs. Collins: Okay, back to B.C. Obviously the arrangements still have to be worked out, as I understand it, but in terms of the government's commitment for this year, we are prepared to put in the full funding for women's centres right across the country. You have to be fair to everyone.

We have said that if provinces are prepared to get involved then we can extend that funding for a second year, or if they will get involved in the second year then we will look at it as well. Those arrangements are going to have to be worked out across the country, because there are different kinds of needs and capabilities across the country.

Ms Black: Last year when Barbara McDougall, your predecessor as minister, was here, she spoke quite extensively about doubly disadvantaged women and the study that has taken place and the consultation and so on. She indicated to me that she would take as representation my concern about lesbian women not being included in the category of doubly disadvantaged women, and I wonder what has happened. Has that group of women been included in the doubly disadvantaged study, and what will be coming from that? You have mentioned that you are reporting to the provincial governments, and I am interested in that. I also wonder if Status of Women will be making representation for change to the Canadian Human Rights Act in that bill.

Mrs. Collins: This is actually what I wanted to mention. As you know, those amendments are under study. I am not sure when they will be coming forward, but we have certainly made our views known, from Status of Women to Justice, on this issue.

Ms Black: Pressing for change?

Mrs. Collins: Yes.

Ms Black: What about the doubly disadvantaged on your study?

Mrs. Collins: I am having trouble recalling. Let me get back to you on that.

Ms Black: Thank you; I appreciate it.

My last question has to do with P4W in Kingston. I visited that institution last year. It is horrific. It is medieval. It had a very heavy impact on me to be in that place just for half a day.

[Traduction]

en matière de financement, sur lequel s'est penché un sous-comité parlementaire et qui a été approuvé par le gouvernement. Le rapport est là. C'est dire que les recherches ont déjà été faites et que nous connaissons déjà les besoins en matière de pédagogie publique. Je pense donc que nous devrions maintenant aller de l'avant.

Mme Collins: Pour l'instant. . .

Mme Black: Revenons-en à la Colombie-Britannique.

Mme Collins: Entendu, revenons-en à la Colombie-Britannique. Je pense qu'il reste à s'entendre sur un certain nombre de points, mais le gouvernement est tout à fait disposé à verser, cette année, à tous les centres d'accueil de femmes du Canada, l'ensemble des subventions prévues. Il s'agit d'être juste envers tout le monde.

Dans la mesure où les provinces entendent participer à cet effort, nous sommes disposés à renouveler les subventions l'année suivante. Nous sommes également tout à fait disposés à accommoder les provinces qui ne voudraient s'engager qu'au cours de la seconde année. Il va falloir modeler les arrangements en fonction des situations locales, puisque les besoins et les capacités varient d'une région à l'autre.

Mme Black: L'année dernière, lorsque Barbara McDougall, votre prédécesseur à ce portefeuille, comparaisait ici, elle a beaucoup parlé des femmes doublement désavantagées. Elle a évoqué l'étude qui avait été faite et les consultations qui avaient été engagées. Elle m'avait dit qu'elle tiendrait compte du cas que je lui avais signalé, c'est-à-dire du fait que les lesbiennes n'étaient pas comptées dans la catégorie des femmes doublement désavantagées. Or, j'aimerais savoir ce qui s'est passé à cet égard. A-t-on inclus ces femmes au fin de l'étude sur les femmes doublement désavantagées? Quels sont les résultats de cet étude? Vous rendez compte de vos initiatives aux gouvernements provinciaux, et j'aimerais que vous nous en disiez un peu plus sur ce point. On pourrait également savoir si Condition féminine Canada entend formuler des recommandations visant la modification des dispositions de la Loi sur les droits de la personne prévues dans ce projet de loi.

Mme Collins: Je voulais justement vous en toucher un mot. Comme vous le savez, on est en train d'examiner un certain nombre de modifications à la loi. Je ne saurais dire exactement à quelle date elles seront prêtes, mais nous avons donné, à cet égard, notre avis au ministère de la Justice.

Mme Black: En demandant qu'on y apporte des changements?

Mme Collins: Oui.

Mme Black: Et qu'en est-il des femmes doublement désavantagées?

Mme Collins: Cela m'échappe pour l'instant. Si vous me le permettez, j'aimerais m'en enquérir avant de vous répondre.

Mme Black: Entendu, cela me serait utile.

Ma dernière question a trait au P4W à Kingston. J'ai visité cet établissement l'année dernière. C'était épouvantable. On se serait cru au moyen âge. La demie-journée passée dans cet établissement m'a fait la plus forte impression.

[Text]

Mrs. Collins: I have just visited it as well.

Ms Black: As you know, this study that has just come out, co-sponsored by the Canadian correctional system, is the thirteenth study, starting one year after the facility was opened, to recommend that this institution be closed.

You mentioned the problems with native women. The representation of native women in that institution is even more disproportionate than it is for male natives in our prisons. We know that for male natives it is a horrific problem, that there is a disproportionate number of male natives in federal institutions, but it is even worse for native women in the federal institution.

• 1110

The study took a very holistic approach to the whole problem of federal sentencing of women. I am wondering if you had an opportunity to meet with the Minister of Justice to make a recommendation about that study, about the closure of P4W. If not, will you?

Mrs. Collins: Yes, I certainly shall, because I agree with you. I visited it a few years ago as an MP on this issue and I know there is a desire to move forward with the recommendations. It is going to be a question of resources and timing. There is of course the new centre in B.C. which is under construction.

Ms Black: It is in my riding.

Mrs. Collins: Is it? I have not seen the plans. I hope it can incorporate and have some federal beds.

I think some of the ideas are very important. I met recently with representatives of the Elizabeth Fry Society and had discussions on these issues. They have done a wonderful job in this process.

Ms Black: Yes, they have.

Mrs. Collins: I understand it was a very good process, too, and perhaps an example of the kind of consultative process we should be using to address other kinds of issues. The Status of Women is a member of the government committee on implementation so we will have an ongoing role.

Ms Black: Will you be recommending to the Minister of Justice that this institution close?

Mrs. Collins: Actually, it is the Solicitor General.

The Chairman: On behalf of the committee, Mrs. Collins, may I extend our sincere thanks to you, Kay Stanley and Louise Bergeron-de Villiers for your appearance before us this morning. I think it is obvious by the questions you

[Translation]

Mme Collins: Je viens moi-même de m'y rendre.

Mme Black: On vient de rendre publique une étude coparrainée par le Service correctionnel du Canada. C'est la treizième étude recommandant la fermeture de cet établissement. Le premier rapport à formuler une telle recommandation a été publié l'année après que cet établissement a ouvert ses portes.

Vous avez évoqué les problèmes auxquels doivent faire face les femmes autochtones. Proportionnellement, les femmes autochtones sont encore plus nombreuses à être incarcérées que les autochtones de sexe masculin. Nous savons combien est grave, à cet égard, la situation des autochtones, qui sont, si l'on peut dire, surreprésentés parmi les détenus fédéraux, mais la situation est, à cet égard, encore plus grave pour les femmes autochtones.

L'étude s'est penchée sur l'ensemble de la question des détenues fédérales. Avez-vous eu l'occasion de rencontrer le ministre de la Justice et de lui recommander, vous aussi, la fermeture de P4W? Sinon, avez-vous l'intention d'examiner avec lui ce dossier?

Mme Collins: C'est effectivement mon intention, et je suis, sur ce point, tout à fait d'accord avec vous. J'avais déjà visité cet établissement il y a quelques années, alors que, députée, j'étais chargée de ce dossier, et je sais que les diverses parties intéressées semblent tout à fait disposées à prendre les mesures qui s'imposent. Cela va, bien sûr, dépendre des ressources disponibles et aussi du facteur temps. Vous savez que l'on est en train de construire, en Colombie-Britannique, un nouveau centre correctionnel.

Mme Black: Oui, il se trouve dans ma circonscription.

Mme Collins: Vraiment? Je n'en ai pas encore vu les plans, mais j'espère que l'on pourra prévoir un certain nombre de places susceptibles d'accueillir des détenues fédérales.

On m'a exposé plusieurs idées qui présentent un intérêt considérable. J'ai récemment rencontré les représentants de la Société Elizabeth Fry et j'ai examiné, avec eux, l'ensemble de ces problèmes. Je dois dire que leur contribution a été extrêmement utile.

Mme Black: Oui, effectivement.

Mme Collins: Je crois que tout cela s'est déroulé avec beaucoup de bonne volonté et de coopération de part et d'autre. Peut-être ce cas-ci fera-t-il école pour l'étude de ce genre de problèmes. Condition féminine Canada participe au comité de mise en oeuvre, et nous allons donc pouvoir continuer à participer à ce processus de progrès et d'amélioration.

Mme Black: Allez-vous recommander au ministre de la Justice la fermeture de cet établissement?

Mme Collins: En fait, cela dépend du Solliciteur général.

Le président: Madame Collins, au nom du comité, je tiens à vous remercier, ainsi que Kay Stanley et Louise Bergeron-de Villiers, d'être venues ici aujourd'hui. Les questions qui vous ont été posées sont une manifestation

[Texte]

were asked that there is a sincere interest in the work and the responsibility you have undertaken. I do appreciate the frankness with which you presented your views to the committee. We will be pleased to work with you in any way we can and look forward to your appearance at subsequent meetings of this committee.

Mrs. Collins: Thank you.

The Chairman: I would remind the members who are left that we do have—

Mr. White: We still have a Black and White and Greene.

The Chairman: —a very colourful committee and that we meet Thursday at 9 a.m.

The meeting is adjourned.

[Traduction]

évidente de l'intérêt que l'on porte au travail que vous avez entrepris et aux responsabilités que vous avez assumées. J'ai beaucoup apprécié la franchise avec laquelle vous avez exposé votre point de vue. Nous sommes tout à fait disposés à collaborer avec vous et à contribuer, si nous le pouvons, à votre action. Nous espérons avoir le plaisir de vous revoir, devant ce comité, lors d'une audience ultérieure.

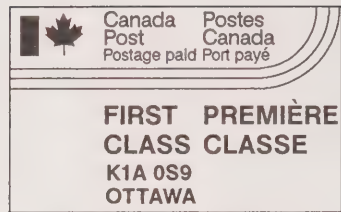
Mme Collins: Je vous remercie.

Le président: Je tiens à rappeler aux membres qui sont encore ici que nous avons. . .

M. White: Il nous reste une M^{me} Black, un M. White et un M. Greene.

Le président: . . .cela fait couleur locale. N'oubliez pas que nous devons nous réunir à nouveau jeudi, à 9 heures.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS

From Status of Women Canada:

Kay Stanley, Coordinator.

TÉMOIN

De Condition féminine Canada:

Kay Stanley, coordonnatrice.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 30

Thursday, May 10, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 30

Le jeudi 10 mai 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MAY 10, 1990
(38)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:08 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Acting Member present: Beth Phinney for Mary Clancy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore, Research Officer.

Witnesses: From the Canadian Nurses Association: Dr. Judith Ritchie, President; Judith A. Oulton, Executive Director. *From the Canadian Association of Social Workers:* Gail McDougall, President; Kim Clare, Chairperson of the Social Policy Committee; Sandy Campbell, President of the Mid-Western Branch of the Ontario Association of Professional Social Workers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Judith Ritchie made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 10:16 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:19 o'clock a.m., the sitting resumed and the representatives from the Canadian Association of Social Workers appeared before the Committee. Gail McDougall and Kim Clare made statements and, with the other witness, answered questions.

At 11:29 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 10 MAI 1990
(38)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 08, dans la pièce 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin et Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Beth Phinney remplace Mary Clancy.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, attachée de recherche.

Témoins: De l'Association des infirmiers et infirmières du Canada: Judith Ritchie, présidente; Judith A. Oulton, directrice administrative. *De l'Association canadienne des travailleurs sociaux:* Gail McDougall, présidente; Kim Clare, présidente du Comité de politique sociale; Sandy Campbell, présidente, Section Mid-Western de l'Association des travailleurs sociaux professionnels de l'Ontario.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Judith Ritchie fait un exposé et, avec l'autre témoin, répond aux questions.

A 10 h 16, la séance est suspendue.

A 10 h 19, la séance reprend. Gail McDougall et Kim Clare, de l'Association canadienne des travailleurs sociaux, font un exposé et, avec l'autre témoin, répondent aux questions.

À 11 h 29, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, May 10, 1990

• 0907

The Chairman: Order, please. Under Standing Order 108.(2) the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we have the pleasure of welcoming the Canadian Nurses Association. With us this morning is Dr. Judith Ritchie, president, and Judith Oulton, executive director. We thank you for appearing before the committee this morning, and we look forward to your testimony.

Dr. Judith A. Ritchie (President, Canadian Nurses Association): Thank you, Mr. Chairperson.

Nora Brochu, also with me, is director of corporate and public affairs of the Canadian Nurses Association.

It is indeed a pleasure for us to be here today, and particularly this week, since it is National Nursing Week. We are here with our buttons promoting nurses and healthy environments.

The Canadian Nurses Association is a federation of 11 provincial and territorial associations representing more than 105,000 nurses. Those nurses work in a very wide variety of roles and health care settings across this country.

It has been close to two years since we last had the opportunity to discuss issues related to health care with members of this committee. At that time we brought forward our concerns about accessibility to health care services, namely the need to expand definitions of extended health care services as insured services and to expand access points to the health care system beyond the currently medically oriented ones, and a need to reorganize and reallocate health care resources. Today it is our pleasure to discuss three key issues in health care delivery: the aging population; health care service accessibility; and health human resources.

• 0910

You have had our brief for some time. I think it was submitted in late February or early March. So in the interest of providing as much time as possible for an exchange, my intent is to be very brief and just give an overview of the submission.

We are entering the 1990s with a situation that includes a growing percentage of elderly persons with limited options for out of hospital care, a decrease in transfer payments in the next five years, a proposed goods and services tax that favours traditional approaches to health care, a public with high service expectations, and a system ill-prepared to accept limited funding or to analyse and deal with the utilization issues. This scenario and some of the solutions proposed disturb us greatly, namely those that favour increased transfer payments and the imposition of user fees. The Canadian Nurses Association believes there should be no denial of access caused by poor utilization practices or the introduction of user fees as a prerequisite to care.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 10 mai 1990

Le président: La séance est ouverte. Conformément à l'article 108.(2) du Règlement, le comité poursuit son étude du réseau canadien de services de santé.

Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin M^{me} Judith Ritchie, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et M^{me} Judith Oulton, directrice administrative. Sans plus tarder, je vous donne la parole.

Dre Judith A. Ritchie (présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci, monsieur le président.

Nous sommes aussi accompagnées de Nora Brochu, directrice des affaires publiques et corporatives de l'association.

Nous sommes très heureuses de nous présenter devant votre comité, surtout cette semaine, la semaine nationale des infirmières. Vous le voyez, nous portons nos macarons pour faire la promotion des infirmières et d'un milieu de vie sain.

L'association est une fédération de 11 associations provinciales et territoriales regroupant plus de 105,000 infirmières et infirmiers qui fournissent une gamme très étendue de services de santé dans tout le pays.

Près de deux ans se sont écoulés depuis notre dernière comparution, devant votre comité, pour discuter des questions de santé. À l'époque, nous avons évoqué nos préoccupations en matière d'accès aux services de santé, c'est-à-dire que nous avons souligné la nécessité d'élargir la définition des services de santé assurés et d'augmenter le nombre de points d'accès au réseau de services de santé, par rapport aux cabinets des médecins, ainsi que la nécessité de réorganiser et de restructurer les ressources dans ce domaine. Aujourd'hui, nous souhaitons analyser trois questions centrales: le vieillissement de la population, l'accessibilité des services de santé, et les ressources humaines dans le secteur de la santé.

Comme vous avez notre mémoire depuis un certain temps, fin février ou début mars si je ne me trompe, je vais me contenter de le résumer rapidement, de façon à laisser le plus de temps possible à la discussion.

Nous abordons les années 90 avec une population comprenant une proportion croissante de personnes âgées dont les options sont limitées en matière de services extra-muros, avec un plan de diminution des paiements de transfert durant les cinq prochaines années, avec un projet de taxe sur les produits et services favorisant les méthodes traditionnelles de prestation des services de santé, avec un public exigeant beaucoup du réseau de services, et avec un réseau qui est mal préparé à la limitation de ses ressources financières et à la nécessité d'analyser attentivement les questions d'utilisation. Cette situation, et les solutions qui sont proposées, sont fort troublantes, surtout les idées concernant l'augmentation des paiements de transfert et l'imposition de tickets modérateurs. Notre association estime que personne ne devrait se voir refuser l'accès aux services à cause de mauvaises pratiques d'utilisation ou de l'introduction de tickets modérateurs.

[Texte]

The focus on highly interventionist illness care continues, despite some 16 years of trying to move the focus toward health and health care. As you know, the illness and institutional bias remains. In fact, demands upon the illness system have grown consistently due to a variety of factors. There is an increasing volume of care required by an aging population. As life expectancy increases, complexity of care for multi-problem older adults also increases. Additionally, advances in technology and the treatment of illnesses have increased the number of Canadians with chronic illness. In all age groups, we find a higher proportion of the hospitalized population has a significantly more complex care profile because of multiple diagnoses, ensuing physical, social and psychological problems, and the need for multiple therapies. As a result, we find hospitals filled with patients who are very ill and require complex care of an intense nature.

Demographers' reports indicate that the proportion of the population 65 years and older continues to increase and is expected to have a major impact on the health care delivery system. It must be recognized that the majority of our seniors are healthy and want to remain at home as long as possible. Options for them, however, are limited, and gaps remain within the current health care delivery system. Seniors identify a need for equity, co-ordination and accessibility of services. One of the ways to ensure that services, both rural and urban, meet seniors' needs is to involve them in the planning process. This approach is a key design feature of the Seniors Independence Program, and it needs to be a fundamental part of all service planning.

The Canadian Nurses Association, having worked with seniors to develop the documents, "The Nursing Contribution in Health Care for Older Adults" and "Health Care Reform for Older Adults", urges the federal government to promote a planning framework for seniors' health services that incorporates the concepts set out in "Health Care Reform for Older Adults". We did append that to our brief, so you can see those strategies.

A second major concern of the Canadian Nurses Association is meeting the needs of those providing care for older adults at home. Much of the responsibility for that care rests with the volunteer care-giver. These persons, often spouses, siblings or adult children, are in need of our immediate support. It is clear that no government can afford to replace the care that is currently provided by family members. It is, therefore, in our best interest to consider services to enhance those care efforts. The Canadian Nurses Association therefore is recommending that federal and provincial governments co-operate in the development of services to provide support, including respite services, for volunteer care-givers of older Canadians.

[Traduction]

Malgré 16 ans d'efforts pour axer notre action collective sur la prévention, notre réseau de services de santé privilégie toujours l'interventionnisme après la maladie. Comme vous le savez, la maladie et les soins en établissement restent les deux piliers du système. Or, les besoins que doit satisfaire le réseau de services curatifs ne cessent de se multiplier, pour une multitude de raisons. Notre population vieillissante a de plus en plus besoin de soins. Comme l'espérance de vie augmente, les soins dont ont besoin les adultes à problèmes multiples sont de plus en plus complexes. En outre, les progrès technologiques et en matière de traitement de maladies ont provoqué une augmentation du nombre de Canadiens souffrant de maladies chroniques. Dans toutes les catégories d'âge, nous constatons qu'une proportion plus élevée de la population hospitalisée a un profil de soins beaucoup plus complexe, à cause de diagnostics multiples et de problèmes physiques, sociaux et psychologiques, exigeant des thérapies multiples. De ce fait, nous trouvons dans nos hôpitaux des patients qui sont très malades et qui ont besoin de soins complexes de nature intensive.

Les démographes nous disent que la proportion des personnes de 65 ans ou plus continuera d'augmenter, ce qui aura une incidence profonde sur notre réseau de services de santé. Il faut bien comprendre que la plupart des personnes âgées sont en bonne santé et souhaitent rester le plus longtemps possible chez elles. Par contre, les options qui leur sont offertes sont limitées, et il y a toujours des failles dans le système actuel de prestation de services. Les besoins exprimés par les personnes âgées concernent l'équité, la coordination et l'accessibilité des services. L'une des méthodes que l'on peut envisager pour répondre aux besoins des personnes âgées, en milieu rural ou urbain, consisterait à les faire participer au processus de planification. Cette approche est l'une des caractéristiques centrales du Programme d'aide à l'autonomie des aîné(e)s, et elle doit devenir un élément fondamental de toutes les activités de planification.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui a collaboré avec des personnes âgées pour préparer ces rapports sur «La contribution infirmière aux soins des personnes âgées» et la «Réforme des soins de santé destinés aux personnes âgées», demande au gouvernement fédéral de promouvoir une structure de planification des services de santé des personnes âgées intégrant les idées exprimées dans «la Réforme des soins de santé destinés aux personnes âgées». Nous avons joint en annexe à notre mémoire la liste des stratégies formulées dans ce rapport.

Deuxième préoccupation importante de l'association, les besoins des dispensateurs de soins aux personnes âgées à la maison, qui sont dans la plupart des cas des bénévoles. Bien souvent, ces personnes, qui sont des membres de la famille immédiate, ont besoin de notre soutien immédiat. Il est évident qu'aucun gouvernement n'a les moyens financiers requis pour remplacer les soins actuellement fournis par les familles. Nous avons donc tout intérêt à fournir des services susceptibles d'appuyer ces efforts. L'association recommande par conséquent aux gouvernements fédéral et provinciaux de coopérer pour mettre sur pied des services, notamment des services de répit, visant à prêter assistance aux dispensateurs bénévoles de soins aux personnes âgées.

[Text]

One of the fundamental principles of the Canada Health Act is accessibility of services for all Canadians. The Canadian Nurses Association is very concerned that the 1990 federal budget, which identified a savings of approximately \$2 billion over the next two years through freezing of transfer payments, will negatively affect service accessibility. Provinces may react with measures such as increased provincial taxes for health care, user fees for some services, or cuts in services. At a time of decreased resource availability, it is urgent that planning and appropriate resource allocation become priorities for governments at all levels. Innovative programs such as early obstetrical discharge programs and the extramural hospital program in New Brunswick should be encouraged by the federal government through funding for implementation and evaluation of such programs.

[Translation]

L'un des principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé est l'accessibilité des services pour tous les Canadiens. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est très préoccupée de constater que le budget fédéral de 1990, qui prévoyait des économies d'environ 2 milliards de dollars durant les deux prochaines années par le gel des paiements de transfert, aura une incidence négative sur l'accessibilité aux services. Les provinces réagiront peut-être à cette situation en adoptant diverses mesures telles que l'augmentation des taxes provinciales sur la santé, l'introduction de tickets modérateurs ou l'élimination de certains services. À une époque de compression des ressources, il est urgent que la planification et la répartition appropriées de celles-ci deviennent des priorités pour tous les gouvernements. Des programmes novateurs, comme les programmes de congés anticipés en obstétrique et le programme d'hospitalisation extra-muros au Nouveau-Brunswick, devraient bénéficier de l'encouragement financier du gouvernement fédéral.

• 0915

We also recommend the establishment of a special fund for demonstration projects, which address alternate delivery systems. An example of such an innovative program is under way currently in Newfoundland. The purpose of the project is to demonstrate that a measurable improvement in the health status of communities can be effected through provision of primary health care services managed and in large part provided by nurses. Evaluation of that pilot project will determine the impact of community health nurses on disease prevention and health promotion.

The primary care nursing project is being undertaken by the Association of Registered Nurses of Newfoundland in collaboration with the Danish Nurses Organization. One anticipated outcome is a prototype primary health care model, nursing service in particular, which can be used in countries throughout the world.

The nurses of Canada during the past decades have demonstrated the ability and desire to positively influence the provision of a range of community health promotion and illness prevention programs. It is important that the most cost-effective and best qualified people be used appropriately. The feasibility of nurses and other health care professionals acting as access points to the system has repeatedly been demonstrated in practice and has been discussed with this committee by a number of witnesses and by ourselves on previous occasions.

Therefore, the Canadian Nurses Association is recommending that the government give full consideration to health care reform strategies outlined in the statement "Health for All Canadians: A Call for Health Care

Nous recommandons par ailleurs la mise sur pied d'un fonds spécial de projets de démonstration, de nouveaux systèmes de prestation. À titre d'exemple d'un tel programme novateur, je citerais celui qui est actuellement mis en oeuvre à Terre-Neuve, pour prouver que l'on peut améliorer sensiblement le bilan de santé des collectivités grâce à la prestation de services de soins de santé primaires gérés et en grande mesure fournis par des infirmières. L'évaluation de ce projet pilote permettra de mesurer la contribution des infirmières communautaires en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Le projet des soins infirmiers primaires est mis en oeuvre par l'Association of Registered Nurses of Newfoundland, en collaboration avec l'Organisation des infirmières du Danemark. L'un des résultats attendus du projet sera l'élaboration d'un modèle de soins de santé primaires, notamment infirmiers, qui pourront être utilisés dans d'autres pays.

Les infirmières du Canada ont prouvé durant des décennies qu'elles ont la capacité et la volonté d'exercer une influence positive sur la prestation d'une multitude de programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Il importe de faire l'usage le plus efficient possible des personnes les plus compétentes. Diverses expériences ont prouvé qu'il est tout à fait possible de demander aux infirmières et à d'autres professionnels de la santé de jouer le rôle de point d'accès au système, et votre comité a eu l'occasion d'en discuter à plusieurs reprises, avec nous-mêmes et avec d'autres témoins.

En conséquence, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande au gouvernement d'envisager sérieusement l'adoption des stratégies de réforme de la santé proposées dans le document «La santé pour tous

[Texte]

Reform", which is the document that was appended. In health care as in business, people are our most important asset. Health human resource issues continue to be a major focus for the planners, providers and recipients of care. Nursing resource issues have certainly been the focus of much attention recently and have been discussed largely within the context of a shortage.

In our view, the Canadian health care system is experiencing a pseudo shortage; that is, there are nurses who are unwilling to work in the conditions provided. Real shortages exist not as shortages of supply, but as excess demand. That demand has increased many fold over the last 20 years and will continue to increase in the immediate future. Attention must therefore be paid to inadequate planning, to utilization practices and to the potential ways in which care could be delivered in the future. The problem of inadequate nursing resource planning has been an issue for well over a decade. We continue to face the same problems and to promote the same solutions.

It is time to make research in the area of predictive models for nursing resource planning a priority. Moneys need to be available for evaluative research, for predictive models and for addressing utilization of personnel, both practices and mix.

As nearly two dozen studies in the last two to three years show, work-life issues are creating dissatisfaction and are demoralizing nurses. Affirmative action on nursing resource issues, including work-life concerns, need to begin now. We must begin to financially support programs that illustrate and evaluate the effective change in hospital management practices.

In our opinion, access to acute hospital care as part of the health and illness services and preservation of the principles of the Canada Health Act are achievable goals for Canada. We believe the solutions lie not in user fees and massive infusions of new dollars, but in effective utilization of all of our resources. This means we must look at how resources are being used and how they might be used. It means looking at what hospitals are being used for and how we might use them differently, how personnel are being used and how they might function differently, and it means attention must be placed on effective planning, on the assessment and the appropriate use of technology and on the issues that create dissatisfaction in the work environment.

We look forward to working together to resolve these issues and we welcome the opportunity to discuss the nursing perspective with you. Thank you.

[Traduction]

les Canadiens: Manifeste pour la réforme des soins de santé», qui est joint en annexe. Dans les services de santé comme dans le monde des affaires, les ressources les plus importantes sont les ressources humaines, et les questions qui s'y rapportent continuent d'être l'élément primordial pour tous les planificateurs, dispensateurs et bénéficiaires des soins de santé. Certes, les questions relatives aux ressources infirmières ont suscité récemment beaucoup d'intérêt, notamment à cause des prévisions de pénurie.

A notre avis, c'est d'une fausse pénurie qu'il s'agit, dans la mesure où le vrai problème est qu'il y a du personnel infirmier qui refuse de travailler aux conditions actuelles. Les vraies pénuries dont il faut tenir compte ne sont pas provoquées par l'insuffisance de l'offre, mais par l'excès de la demande, laquelle a considérablement augmenté au cours des 20 dernières années et continuera sur cette voie dans l'avenir prévisible. Il est donc essentiel que l'on s'intéresse de près aux problèmes de planification inadéquate, de pratiques d'utilisation et de nouvelles méthodes de prestation des services. Il y a plus d'une décennie qu'on parle du problème de la planification inadéquate des ressources infirmières. Nous continuons de faire face aux mêmes problèmes et de promouvoir les mêmes solutions.

Il est temps d'entreprendre des recherches sur la prévision des ressources infirmières. Il faudra donc dégager des crédits à cet effet, de façon à élaborer des modèles de prévision et à étudier l'utilisation du personnel.

Comme près de deux douzaines d'études l'ont montré durant les deux ou trois dernières années, le personnel infirmier est mécontent et démoralisé à cause des problèmes de qualité de vie au travail. Il est donc important que l'on prenne dès maintenant des mesures concrètes pour s'attaquer à ces problèmes. Et cela doit commencer par le financement de programmes destinés à illustrer et à évaluer le changement effectif des pratiques de gestion des hôpitaux.

A notre avis, l'accès aux soins hospitaliers aigus, dans le cadre des services de santé et de traitement de la maladie, ainsi que la préservation des principes de la Loi canadienne sur la santé sont des buts réalistes pour notre pays. Selon nous, la solution ne consiste pas à créer des tickets modérateurs ou à injecter des sommes considérables dans le système, mais plutôt à garantir une meilleure utilisation de toutes les ressources disponibles. Cela signifie qu'il faut examiner comment ces ressources sont utilisées à l'heure actuelle, et comment elles pourraient l'être demain. Cela signifie aussi qu'il faut se demander à quoi servent nos hôpitaux et comment on pourrait les utiliser différemment, à quoi sert le personnel et comment il pourrait fonctionner différemment. Cela signifie enfin qu'il faut assurer une planification efficace, évaluer la technologie et en faire un usage approprié, et s'attaquer aux facteurs qui contribuent à la satisfaction au travail.

Nous souhaitons collaborer avec vous pour résoudre ces questions et nous sommes très heureuses de pouvoir en discuter aujourd'hui avec vous. Merci.

[Text]

The Chairman: Thank you very much for your presentation this morning. Certainly you raise a number of issues that I am sure will bring forward questions, and I am sure there are some other concerns and questions that members may have of your association.

• 0920

Mrs. Clancy: Dr. Ritchie, I would like to welcome you and your colleagues to our committee. On page 5 of your brief, looking at the second paragraph, it states:

The Canadian Nurses Association, having worked with seniors to develop the documents *The Nursing Contribution in Health Care for Older Adults* and *Health Care Reform for Older Adults*, advocates a planning model

Then there is a list of planning models. They all interest me; it is an excellent brief and your recommendations are terrific. It goes on to say that it “supports the efforts of seniors to share responsibility for their own health through education”. That particularly concerns me, and I know it concerns my colleagues as well, getting to those seniors, motivating them to get out. I think there are a number of seniors who want to do this, but it is a question of not even motivating as much as galvanizing them. Do you think nursing visits to the home is one of the ways we can do it? How do we get them out and into that kind of program?

Dr. Ritchie: I think the kind of program that meets that need should be jointly planned with the seniors. The programs that we know are working, though, are programs where the community health centres with multiple services, not just nurses, are available, which permit easy access of the seniors to the service. It is not necessarily home visits, but more community health centres or... One good example is the study that was done with nursing access in a building housing seniors. This demonstrated decreased hypertension, increased mobility, and increased independence, because the nurse was able to provide the kinds of educational programs and services that allowed the seniors to take advantage of them.

The Victorian Order of Nurses has a number of programs that are aimed at developing creative strategies to do such education. The best example may be the game called “Spinach”, which nurses have developed to educate seniors about such things as improved nutritional strategies. This is a board game for seniors, which incorporates healthy self care. I think those kinds of things need to be done—

Mrs. Clancy: Terrific.

Dr. Ritchie: —both on a group and an individual basis, but at centres that are located in the community and planned with the seniors. Perhaps Ms Oulton would like to add something.

[Translation]

Le président: Merci beaucoup de cet exposé où vous soulevez beaucoup de questions importantes qui, j'en suis sûr, susciteront beaucoup de questions.

Mme Clancy: Madame Ritchie, je vous souhaite la bienvenue devant notre comité. Vous dites dans votre mémoire que:

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui a travaillé avec des personnes âgées pour préparer les documents «La contribution infirmière aux soins des personnes âgées» et la «Réforme des soins de santé destinés aux personnes âgées» recommande un modèle de planification. . .

dont vous indiquez ensuite les critères, qui m'intéressent tous. Votre mémoire est excellent, tout comme vos recommandations. Vous dites ensuite que le système doit «encourager les aînés à prendre en charge leur propre santé par le biais d'actions d'éducation». Je suis particulièrement intéressée, comme mes collègues, par cette question de motivation des personnes âgées. A mon avis, il y en a beaucoup qui souhaitent se prendre en charge, et le problème n'est pas tant de les motiver que de les galvaniser. Croyez-vous que l'une des solutions consisterait à organiser des visites de personnel infirmier à la maison? Comment amener les personnes âgées à tirer parti de ce genre de programme?

Dre Ritchie: Tout d'abord, le programme qui permettra de répondre à ce besoin devrait être coplanifié par les personnes âgées. Des programmes qui ont fait leurs preuves sont des programmes établis dans les centres de santé communautaires et qui offrent des services multiples, pas seulement des services infirmiers, et auxquels les personnes âgées ont facilement accès. Il ne s'agit donc pas nécessairement de visites à la maison, mais plus de services communautaires. A titre d'exemple, je mentionne l'étude qui a été faite sur l'accès aux soins infirmiers dans un immeuble de personnes âgées. L'étude a révélé une diminution de l'hypertension, une augmentation de la mobilité et une indépendance accrue parce que le personnel infirmier était en mesure de fournir les services d'éducation permettant aux personnes âgées de se prendre en charge.

Les infirmières de l'Ordre de Victoria exploitent divers programmes de cette nature, axés sur l'éducation. Le meilleur exemple en est le jeu appelé «Spinach», qui a été mis au point pour éduquer les personnes âgées sur des choses comme l'amélioration de la nutrition. Il s'agit d'un jeu de société donnant des informations sur la santé. Je crois que ce sont là des choses qu'il faut faire. . .

Mme Clancy: Fantastique.

Dre Ritchie: ..sur un plan collectif et individuel, dans des centres communautaires, et à condition que les personnes âgées participent à la planification. M^{me} Oulton souhaite peut-être ajouter quelque chose.

[Texte]

Ms Judith A. Oulton (Executive Director, Canadian Nurses Association): I would like to add three other things that I think will be important. It is important for all of us to continue to emphasize the aspect of teaching in the curricula of health care professionals. The gerontological content is going to be tremendously important and I think each of us has to continue to emphasize this.

For me, the efforts to provide dollars through the New Horizons grants, for example, and through the Seniors Independence Program have been particularly gratifying. We are totally disturbed that this funding may be reduced, because those moneys help to empower seniors groups to do things. So it will be important that we have those available.

The third thing is for us, through volunteer efforts and through some funding, to continue to help seniors develop their own support networks. We have done a really good job of developing support groups, often in response to illness. However, we have not done a particularly good job overall. There are some excellent projects under way in a variety of provinces—for example, the Train the Trainer project. There has been a lovely project in the Moncton area, in New Brunswick, that looks at training seniors to educate other seniors about medications and about abuse of medications. Much more money being directed into that area of empowering seniors will be very useful.

• 0925

Mrs. Clancy: I could not agree with you more on the whole issue of empowerment.

I know, Dr. Ritchie, that you are probably familiar with both Canadian pensioners' concerns and efforts and the Seniors' Council in Halifax, for example. Those are two groups with which I have done some work, but I am also concerned—when I was talking about going into the home, whether the VON or another service—about the isolation factor, particularly among rural elderly, but also those in the cities, to a degree.

Anyone who walks around the neighbourhood in Halifax where I live, which is near Dalhousie University, can see that a lot of senior are not living in seniors housing, in a collective, or in an apartment environment, but in a house, in an apartment within a house, and so on. I am wondering about that kind of isolation. Reaching those people is one of the more difficult areas, I would think, because many of them are widowed, living alone, without their children, who may no longer live in the same city, and so on. Do you have any ideas on that aspect?

[Traduction]

Mme Judith A. Oulton (directrice administrative, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Je voudrais ajouter trois choses qui me paraissent importantes. Il est essentiel que l'on continue d'insister sur cette question d'éducation dans les programmes de formation des professionnels de la santé. Le volet gérontologie va être de plus en plus important.

A mon avis, les sommes consacrées à des programmes comme Nouveaux Horizons ou le Programme d'aide à l'autonomie des aînés ont produit des résultats très satisfaisants. Nous sommes profondément troublées de voir que les budgets vont être réduits, car ce sont précisément ces programmes qui permettent aux personnes âgées de se prendre en charge. Il faudrait donc ne pas réduire les budgets.

La troisième chose est que l'on doit continuer à aider les personnes âgées à établir leurs propres réseaux de soutien, avec l'aide de bénévoles et une certaine assistance financière. Nous avons déjà mis sur pied d'excellents groupes de soutien ponctuels, souvent en réponse à la maladie, mais nous n'avons pas fait grand-chose au niveau global. D'excellents projets sont en cours de réalisation dans plusieurs provinces, par exemple le projet *ItTrain the Trainer. On a mis sur pied dans la région de Moncton, au Nouveau-Brunswick, un excellent projet qui vise à former les personnes âgées, à faire leur éducation en ce qui concerne l'usage raisonnable et abusif des médicaments. Il serait très utile de consacrer davantage de crédits à des initiatives de ce genre qui visent à donner plus de pouvoirs aux personnes âgées.

Mme Clancy: Je suis parfaitement d'accord avec vous sur cette question du pouvoir.

Madame Ritchie, vous êtes sans doute au fait des préoccupations et des efforts des retraités canadiens, et plus particulièrement du Conseil des personnes âgées de Halifax. Ce sont deux groupes de personnes auprès desquels j'ai déjà travaillé, et une chose me préoccupe à leur sujet. C'est d'ailleurs pourquoi j'insistais sur la nécessité d'offrir des soins à domicile, que ce soit par l'entremise des infirmières de l'Ordre de Victoria ou d'un autre organisme. C'est l'isolement des personnes âgées qui m'inquiète. Cet isolement frappe surtout les vieillards qui vivent à la campagne, mais aussi ceux des villes, dans une certaine mesure.

Quiconque déambule dans le quartier de Halifax où j'habite, qui est situé tout près de l'Université Dalhousie, constatera qu'un grand nombre de personnes âgées ne sont pas reléguées dans des foyers, dans des logements collectifs ou dans un appartement. Elles vivent dans des maisons ou dans un appartement situé à l'intérieur d'une maison. Je m'inquiète de leur isolement. J'estime qu'il est extrêmement difficile de rejoindre ces personnes. En effet, on retrouve dans ce groupe un grand nombre de veufs ou de veuves qui vivent seuls, dont les enfants adultes ne vivent parfois plus dans la même ville qu'eux. Avez-vous des idées à ce sujet?

[Text]

Dr. Ritchie: That is an important issue. There are many drains on traditional care providers in the home these days. Public health nurses would be a logical resource to provide that kind of service in any community. We need to look at whether the public health nurse is the most appropriate resource in that type of direct environment, in terms of health promotion activities.

It may be that activities such as setting up programs or developing self-care or self-help groups that can then fan out as volunteers would be helpful, but they can only be developed if seed moneys are available, to act as stimulants. It is very hard to try to do that with current workloads.

Mrs. Clancy: We are almost looking at a community team approach.

Dr. Ritchie: Absolutely.

Mrs. Clancy: And at all sorts of co-operation between different sectors within the community.

Dr. Ritchie: That is right.

Mrs. Clancy: I am going to switch over to the issue you talked about, regarding the pseudo shortage of nurses. I have seen that problem, and I know you have also seen it, of nurses leaving and going to the United States or of leaving the profession and entering other fields. As the critic for the status of women, it seems to me there is still a pay discrepancy for nurses, certainly in our region of the country. How do you feel about evaluation of the profession in the general sense, as opposed to that of those who benefit from it?

I think there is no question that those people who are served by nurses value the profession very highly, but do you think the profession still has a problem with evaluation in the larger professional health care market and by the general public?

Dr. Ritchie: Absolutely. One of the major problems facing us is what we call the devaluing of nursing care, even by those who receive nursing care, to some extent, because much of what nurses do is invisible. You can see very specific tasks, but not much of what goes into the decision-making and problem-solving surrounding even the task part of the work, but a lot of the work is not task-related. So devaluing is one of the major issues.

Compensation is only part of the problem though. When any of the studies that have been done on nursing issues are carried out with the involvement of staff nurses in direct-care positions, whether in hospital settings or not, compensation is always one of the top five or six issues. So it is not to be sneezed at and it is not only in the Maritimes that this discrepancy is very severe.

We do not see a large number of nurses leaving the country, contrary to many media reports. As far as we can determine, through our member associations... Our member associations for the most part are the registering bodies, with

[Translation]

Dre Ritchie: C'est un problème important. À l'heure actuelle, les dispensateurs traditionnels de soins à domicile sont extrêmement sollicités. Il semblerait logique que ce soit les infirmières de santé publique qui fournissent ce genre de service dans les localités. Il faut pourtant s'assurer qu'elles sont les plus aptes à intervenir directement dans le milieu pour offrir des activités de promotion de la santé.

Parmi ces activités, je songe à la création de programmes ou de groupes d'autogestion de la santé qui peuvent déboucher sur des équipes de bénévoles. De telles initiatives seraient fort utiles, mais pour les mettre sur pied, il faut nécessairement des capitaux de démarrage qui servent d'incitatifs. Compte tenu de la charge de travail actuelle des divers intervenants, c'est très difficile à faire.

Mme Clancy: C'est pratiquement une démarche d'équipe que vous envisagez.

Dre Ritchie: Tout à fait.

Mme Clancy: Vous souhaitez qu'il y ait une collaboration entre les divers secteurs de la collectivité.

Dre Ritchie: C'est juste.

Mme Clancy: Je vais maintenant aborder un autre sujet que vous avez mentionné, soit la pseudo-pénurie d'infirmières. J'ai constaté, comme vous, que des infirmières quittent le Canada pour aller exercer aux États-Unis, ou encore quittent carrément la profession pour se lancer dans un autre domaine. En tant que critique de la Condition féminine, il me semble que les infirmières sont encore très mal rémunérées, du moins dans notre région du pays. À votre avis, comment cette profession est-elle évaluée, à la fois de façon générale et par les bénéficiaires?

Il ne fait aucun doute que les malades soignés par les infirmières tiennent la profession en très haute estime, mais ne croyez-vous pas que les infirmières ont encore un problème d'image auprès de l'ensemble des professionnels de la santé et du grand public?

Dre Ritchie: Absolument. L'un de nos grands problèmes tient à ce que nous appelons la dévalorisation des soins infirmiers, même parmi les bénéficiaires de ces soins, car le travail de l'infirmière est, dans une grande mesure, invisible. On sait qu'elles effectuent certaines tâches précises, mais on ignore les activités de prise de décisions et de solutions des problèmes qui entourent même les tâches concrètes qu'elles assument. En outre, il y a beaucoup de travail qui n'est pas relié directement à ces tâches. Par conséquent, la dévalorisation de la profession constitue un grave problème.

Pendant, la rémunération n'est qu'un aspect de ce problème. Dans toutes les études qui ont été effectuées sur les soins infirmiers, lorsque l'on s'est penché sur le cas des infirmières titulaires chargées de dispenser des soins directs, que ce soit en milieu hospitalier ou autre, la rémunération est toujours considérée comme l'un des cinq ou six problèmes principaux. Ce n'est donc pas un problème négligeable et ce n'est pas non plus uniquement dans les Maritimes que les infirmières sont extrêmement mal payées.

Contrairement à ce qu'on rapporte dans les médias, il n'y a pas beaucoup d'infirmières qui quittent le pays. Pour autant que nous puissions le déterminer par l'entremise de nos associations professionnelles... À l'exception d'une seule, nos

[Texte]

one exception. To get registered and obtain employment in the United States, the nurses have to go to those registering bodies to get the licensing information. So they do have records of how those numbers are changing, and they are not changing remarkably in numbers of nurses. Those who do go tend not to remain for long periods, though there are exceptions to that rule.

• 0930

Clearly the major problems—and there are major, major pockets of real shortage, such as Metro Toronto—relate to both compensation and providing working conditions that allow nurses who are prepared to work to feel they can work, and around the planning issues. For many years we have been offering new services, hiring new physicians, developing new programs, and opening new beds, or increasingly acute beds and long-term beds, without looking at where we are getting the resources from.

Ms Greene (Don Valley North): I know in the teaching profession some of the concerns of the teachers have been addressed by increased job flexibility, leave of absence, sabbatical programs, a salary scale that has many more steps to it, rewards for additional education, and that sort of thing. Now in Toronto a teacher who is still in the classroom can make a salary of up to \$60,000. It seems to me the nursing profession is making \$40,000-odd.

Dr. Ritchie: How I wish.

Ms Greene: I am talking about a university-educated public health nurse.

Dr. Ritchie: Not many. Most nursing salaries begin, all across the country, in the \$25,000 to \$30,000 range. For instance, in Nova Scotia the total range is only \$7,000 to \$8,000. So there are not many salary scales across the country that would go above \$40,000.

Ms Greene: I am talking about nurses with university qualifications—

Dr. Ritchie: It makes very little difference in your income.

Ms Greene: —that would be comparable to a teacher.

Dr. Ritchie: University education makes very little difference to a nurse's income. It varies depending on the arrangements in the various jurisdictions across the country. For instance, when I graduated 25 years ago the differential in the province of Quebec was \$60 a month. I do not know of any jurisdiction—I may be wrong—where it is more than \$2,500, total difference in your salary.

Ms Greene: What have the nurses' association and the unions done in that regard? Are you asking for steps? Are you asking for compensation for increased education? Are you asking for job flexibility and these sorts of things?

[Traduction]

associations professionnelles sont des organismes d'accréditation. Pour obtenir leur accréditation et être en mesure de travailler aux États-Unis, les infirmières doivent communiquer avec ces organismes pour obtenir des renseignements sur les conditions de licence. Ces associations disposent donc de dossiers qui nous permettent de voir l'évolution de ces chiffres. Or, on ne note aucun changement sensible dans le nombre des infirmières qui partent à l'étranger. Et celles qui le font ne restent généralement pas très longtemps. Évidemment, il y a des exceptions à cette règle.

Je ne nie pas qu'il existe de réelles pénuries, notamment dans le Toronto métropolitain, mais les problèmes principaux portent surtout sur la rémunération, sur l'établissement de conditions de travail permettant aux infirmières disposées à travailler d'avoir le sentiment qu'elles peuvent s'acquitter au mieux de leur tâche, et sur les problèmes de planification. Depuis de nombreuses années, on offre de nouveaux services, on embauche de nouveaux médecins, on élabore de nouveaux programmes, on ouvre de nouveaux lits, de plus en plus pour les soins actifs et de longue durée, sans se préoccuper de savoir d'où viendront les ressources.

Mme Greene (députée de Don Valley-Nord): Je sais que dans l'enseignement, on a répondu aux préoccupations des enseignants en leur offrant des conditions d'emploi plus souples, des congés, des années sabbatiques, une échelle salariale dotée d'un plus grand nombre d'échelons, des avantages liés aux années d'études, etc. À l'heure actuelle, à Toronto, un professeur qui enseigne toujours en salle de classe peut gagner jusqu'à 60,000\$ par année. Je crois savoir que les infirmières gagnent aux environs de 40,000\$.

Dre Ritchie: Ce serait fantastique.

Mme Greene: Je parle d'une infirmière hygiéniste diplômée d'université.

Dre Ritchie: Il n'y en a pas beaucoup. Pour la plupart des infirmières canadiennes, le salaire de base se situe entre 25,000\$ et 30,000\$. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, la fourchette salariale ne représente que 7,000\$ à 8,000\$. Par conséquent, il n'y a guère d'échelle salariale au Canada qui excède les 40,000\$.

Mme Greene: Je parle des infirmières diplômées d'université. . .

Dre Ritchie: Cela ne change pas grand-chose à leur revenu.

Mme Greene: . . . qu'on pourrait comparer à des enseignantes.

Dre Ritchie: Le fait d'être diplômée d'université ne change pas grand-chose au revenu d'une infirmière. Son revenu dépend des arrangements en vigueur dans les diverses provinces. Par exemple, lorsque j'ai eu mon diplôme, il y a 25 ans, les infirmières québécoises touchaient 60\$ de plus par mois. Je peux me tromper, mais je ne connais pas de province où un diplôme représente 2,500\$ de plus par rapport au salaire de base.

Mme Greene: Qu'est-ce que les associations d'infirmières et les syndicats ont fait à cet égard? Exigez-vous la multiplication des échelons de salaire? Exigez-vous un meilleur traitement pour les infirmières qui ont fait des études supérieures? Revendiquez-vous des conditions de travail plus souples?

[Text]

Dr. Ritchie: One of the differences between the nurses association and the teachers association is that the nurses association is not the bargaining agent. The unions are a separate body doing that negotiating.

What the Canadian Nurses Association is doing is advocating many of the things you recommend. One of the things you left off your list is access to education—that made a big difference for teachers—access to university education in particular, changes in accessibility to programs, and changes in expectations of teachers' education. Those are the kinds of things we have been advocating in the Canadian Nurses Association.

In fact, we are just completing an action plan in cooperation with the Canadian Hospital Association for what kinds of strategies we can put together. They include issues around improved compensation and improved working conditions, such as flexibility. One of the most important... Flexibility of scheduling and flexibility in the staffing issues are really only part of a broader concept of allowing nurses to be more involved in participation in decision-making, having input into the decisions, but also sharing in the decisions, having a vote in the decisions all the way through the workplace. Many decisions that impact directly on nurses' work nurses are not involved in. That kind of package of compensation involvement in decision-making, working on relationships with other professionals, must all fit together with issues like access to education.

• 0935

Ms Greene: I want to question you about the user fee area. I can understand your point about access. I am wondering about removing some of the anomalies that are currently in the system. For example, if you are in a nursing home in Ontario you pay on a sliding scale according to your ability to pay. But if you are in a chronic care institution you do not pay at all. We have now instituted a fee for veterans in the places like Sunnybrook and so on, who will pay again on a sliding scale.

The other area is the senior citizens homes. In Toronto we say the people who are in the senior citizens housing are the people who used to be in the home for aged today. There again, they are paying according to their ability to pay.

One thing I was thinking about was a sliding scale for any kind of institutional care, based on the cost savings to the individual as compared to if they were outside. For example, for short-term stays in the hospitals one might have a fee

[Translation]

Dre Ritchie: Il y a une différence entre l'Association des infirmières et infirmiers et l'Association des enseignants et enseignantes: notre association n'est pas un agent de négociation. Les syndicats constituent des organismes distincts qui se chargent des négociations.

Quant à notre association, elle préconise à peu près tout ce que vous venez de mentionner. Il y a pourtant une chose que vous avez oubliée dans votre liste, et c'est l'accès à l'éducation. D'ailleurs, cela fait une grosse différence pour les enseignants. Je songe en particulier à l'accès aux études universitaires et à certains programmes. D'ailleurs, pour les enseignants, les attentes ont changé en matière d'éducation. C'est le genre de choses que préconise l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

En fait, nous venons de terminer, en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Canada, un plan d'action dans lequel nous élaborons des stratégies conjointes. On y aborde les problèmes liés à l'amélioration de la rémunération et des conditions de travail. À cet égard, la souplesse des conditions de travail est l'un des aspects les plus importants... La souplesse quant à l'horaire de travail et à la dotation s'inscrit dans une démarche plus vaste qui vise à permettre aux infirmières de participer davantage à la prise de décisions, d'être consultées et de partager la responsabilité de ces décisions. Les infirmières veulent avoir leur mot à dire dans toutes les décisions concernant le milieu de travail. Il arrive souvent que les infirmières ne participent pas à des décisions qui touchent directement leurs propres conditions de travail. Tous ces éléments, la rémunération, la participation au processus de décision, l'amélioration des relations avec les autres professionnels de la santé et l'accès à l'éducation, doivent tous s'imbriquer ensemble.

Mme Greene: Je voudrais vous poser une question au sujet des frais d'utilisation des services. Je comprends votre point de vue au sujet de l'accès. Je me demande simplement s'il ne serait pas possible de corriger certaines anomalies actuelles du système. Ainsi, une personne soignée dans un établissement de soins infirmiers en Ontario paie pour ce service en fonction d'une échelle progressive basée sur sa capacité de payer. Cependant, la personne placée dans un établissement de soins chroniques ne paie rien. Nous venons d'instituer des frais, encore une fois calculés selon une échelle progressive, pour les anciens combattants qui résident dans des endroits comme Sunnybrook.

Reste les foyers pour personnes âgées. À Toronto, on dit que les personnes qui habitent dans des logements pour personnes âgées sont celles qui autrefois résidaient dans des foyers de vieillards. Encore une fois, ces personnes versent un paiement qui est fonction de leur capacité de payer.

J'envisageais la possibilité d'instituer une échelle de paiement progressive pour tout soin en établissement, échelle qui serait fondée sur les économies de coût que cela représente pour le particulier, si on compare cela à ce qu'il

[Texte]

that would be based on the savings, meals costs and transportation costs, that kind of thing, for the person. But in chronic care institutions and so on, where the person is going to be there on a more permanent basis, it would be the same as with the nursing homes.

It seems to me that we now have a situation in which there is no financial incentive for people to leave acute-care institutions, and some of our statistics reflect a higher length of stay in our institutions. There are these anomalies where we ask one person to pay and another person not to pay. Many of these people cannot afford to pay. It just seems that the whole system is not rationalized. I wonder if you could comment on that proposition.

Dr. Ritchie: In some respects the assumptions underlying your question could be said to be blaming the victim. I think we could look at what are the factors in society that are forcing people into the long-term care facilities, if that is your major concern in terms of length of stay and excess time in such facilities.

I think we need to be careful not to say that it is the public demand that is increasing the length of stay, particularly in acute care facilities, because the individual patient has very little say about how long he or she might remain in such an institution.

In particular, the individual person has not much say in terms of what kinds of programs are available to help them remain at home, because many of the services we have been advocating, in fact for some time, that should be extended as insured services are those services that would keep people out of the expensive institutions. So rather than institute a user fee, which we know will negatively affect access to care—we know that, we have tried it before and it has not worked, and there is nothing in any of the evidence in any of the analyses that suggests that it would work now—we should look more carefully, I think, at utilization, and we should look more carefully at how do we build in programs that keep people out of the expensive care systems.

Ms Greene: We also have to look at funding, in this committee in particular. It is definitely one of the things we are looking at. I have a sister who is in MSW in Nova Scotia in Halifax, and she feels that sometimes the family does not want the elderly person out of the institution, or the mental health patient, because of the savings to them.

• 0940

Ms Oulton: I guess that was my point too. We have to look at utilization. If you look at the nursing home sector, you are going to find that anywhere from 25% to 40% of patients are inappropriately placed. We have them in the wrong place at the wrong time. We have to ask ourselves why that is. What kinds of mechanisms could put them where they belong? Funding is an issue. If you look at the nursing home sector, they will often say there is not enough money

[Traduction]

lui en coûterait à l'extérieur. Par exemple, pour les courts séjours à l'hôpital, on pourrait imposer des frais fondés sur les économies réalisées par la personne au titre des repas ou du transport. Mais dans les établissements pour malades chroniques, où le séjour risque d'être plus permanent, les frais d'utilisation seraient les mêmes que dans les foyers de soins infirmiers.

Il me semble qu'à l'heure actuelle, il n'existe aucun incitatif financier pour encourager les gens à quitter les établissements de soins actifs. D'ailleurs, certaines statistiques démontrent que les séjours dans de tels établissements se prolongent. Il y a quelque chose d'anormal lorsqu'une personne est tenue de payer et une autre pas. Un grand nombre de ces personnes âgées ne sont pas en mesure de verser quoi que ce soit. L'ensemble du système semble illogique. Avez-vous des commentaires à faire à ce sujet?

Dre Ritchie: À certains égards, d'après la toile de fond de vos questions, j'ai un peu l'impression que vous blâmez la victime. À mon avis, il faut déterminer quels sont les facteurs sociaux qui obligent les gens à faire appel à des établissements de soins de longue durée, si vous vous préoccupez surtout de la durée excessive des séjours dans de tels établissements.

Il faut éviter de dire que la prolongation des séjours est attribuable à la demande de la population, surtout en ce qui a trait aux établissements de soins actifs, car dans ces établissements, le malade a rarement son mot à dire quant à la durée de son séjour.

D'ailleurs, les particuliers ne sont pas consultés au sujet des programmes qui leur permettraient de rester à la maison. Un grand nombre des services que nous proposons depuis un certain temps déjà devraient être offerts à titre de services assurés. Ainsi, les gens n'auraient pas à faire des séjours coûteux en institution. Nous savons déjà que l'imposition d'un «ticket» modérateur aura une incidence néfaste sur l'accès aux soins. Cette solution a déjà été essayée, sans résultat concluant, et aucune analyse ne prouve que cette démarche donnerait des résultats maintenant. Au lieu d'opter pour des frais d'utilisation, nous devrions plutôt diversifier l'utilisation des ressources actuelles et nous attacher à élaborer des programmes susceptibles de réduire le recours à des systèmes de soins coûteux.

Mme Greene: Il faut aussi examiner toute la question du financement, et je pense que c'est un rôle qui convient bien à votre comité. Chose certaine, c'est l'un des aspects que nous examinons nous-mêmes. Une de mes sœurs est travailleuse sociale hospitalière à Haliar, en Nouvelle-Écosse, et d'après elle, si la famille ne veut pas que la personne âgée ou le malade mental sorte de l'établissement où il est placé, c'est une question d'argent. Cela représente des économies pour la famille.

Mme Oulton: C'est là que je voulais en venir. Il faut avoir une utilisation optimale. On constate que 25 à 40 p. 100 des malades en foyers de soins infirmiers ne devraient pas y être. Ils sont au mauvais endroit au mauvais moment. Il faut se demander pourquoi. Quels mécanismes pouvons-nous instaurer pour les placer là où ils devraient être? Le financement représente un problème, c'est vrai. Les responsables des foyers font souvent valoir qu'ils n'ont pas

[Text]

for them to keep the patients who become physically ill or mentally demanding. Consequently, they put them into the hospital sector, and vice versa. We have to develop some co-ordinating mechanisms to look at how we move patients back and forth, and how we find a more equitable basis for funding.

I will mention the care-for-the-care-giver concept. You have to ask why people do not want to be returned, or why someone does not accept the patient back home. Too often, we have not put our priorities into care for the care-giver. Yet we cannot continue to institutionalize people at the present rate. We are far above any other country, so we also have to ask ourselves why we are doing this in Canada. What kinds of assistance can we give to families so that they can look after their own people?

User fees would deter the wrong people from using the service. We usually find that we end up with a more chronic condition that costs the system more money. For example, if I do not come when I have a flareup in my arthritis and have some medication and some short-term treatment, I am going to end up coming back requiring long-term treatment, adding to the outpatient or inpatient rolls, and creating all kinds of stress on the system. From our experience, user fees have not been a successful approach to the problem.

Dr. Ritchie: I think we need to look at it as a multifaceted issue that requires multifaceted solutions. The care-givers in this country, we really have to ask ourselves why they are so reluctant to take on the care of the older adults and people with mental health problems. Mental health services in this country are abysmal, and the services in the community are particularly so. There are no support services for those people in the community. We see the revolving door system when families or communities cannot manage the individual any longer. We need to look at what kinds of programs would allow those families to keep their family members at home.

In addition, we need to look at the economic factors that prohibit the care-givers being able to take on that care. What happens to their employment? What happens to their careers? We have looked at social programs to some extent that address leaves of absence and pay leaves for maternity and child-rearing. But we really have not looked at whether, with an aging population, we need to be considering different kinds of programs for the adult child of the elderly person, so that they are not disrupting their total economic base and career plan in trying to manage these things. It is not just a simple matter of charging them more money to keep them out.

Ms Greene: Do you feel there are many anomalies in this system now?

Dr. Ritchie: Yes, we have been concerned for some time that in the provinces payment structures are set up to reward institutional and high-tech care. The current proposals for the goods and services tax will reinforce that, because they

[Translation]

suffisamment d'argent pour garder des personnes âgées qui tombent malades ou dont la santé mentale se détériore. Par conséquent, ils les placent dans le secteur hospitalier, et vice-versa. Il nous faut mettre au point des mécanismes concertés pour nous pencher sur le problème des placements à répétition et trouver un mode de financement plus équitable.

Je voudrais vous parler de l'aide aux pourvoyeurs de soins. Ils vont se demander pourquoi les gens ne veulent pas rentrer chez eux ou pourquoi une personne refuse de reprendre un malade à la maison. Trop souvent, le bien-être des pourvoyeurs de soins ne constituent pas une priorité. Pourtant, nous ne pouvons pas continuer à institutionnaliser les gens au rythme actuel. Notre taux d'institutionnalisation est le plus élevé au monde. Par conséquent, il faut se demander pourquoi cette situation existe au Canada. Quelle aide pouvons-nous apporter aux familles afin de leur permettre de s'occuper des leurs?

Le «ticket» modérateur ne dissuaderait pas les bonnes personnes. D'habitude, les gens se retrouvent avec un problème chronique qui coûte plus cher au système. Par exemple, si une personne qui a une crise d'arthrite ne consulte pas un médecin pour obtenir des médicaments et un traitement à court terme, elle reviendra plus tard. À ce moment-là, elle aura besoin d'un traitement à long terme, ce qui ajoutera à la clientèle externe et interne et exercera des pressions en tout genre sur le système. D'après notre expérience, le ticket modérateur n'est pas une solution idéale au problème.

Dre Ritchie: Face à ce problème polyvalent, je pense qu'il faut adopter une solution polyvalente. Il faut se demander pourquoi les pourvoyeurs de soins sont tellement réticents à s'occuper des adultes âgés et des malades mentaux. Au Canada, les services psychiatriques en milieu hospitalier sont lamentables, et les services dans la collectivité sont encore pires. Il n'y a pas de soutien pour ces malades dans la collectivité. Tout le monde se renvoie la balle lorsque la famille ou la collectivité n'est plus en mesure de s'occuper d'un individu. Il faut déterminer quel genre de programmes permettraient aux familles de s'occuper des leurs à domicile.

En outre, il faut dégager les facteurs économiques qui empêchent les dispensateurs de soins d'assumer cette tâche. Que leur arrive-t-il sur le plan de l'emploi? Leur carrière est-elle en péril? Nous avons déjà des programmes sociaux qui, dans une certaine mesure, offrent la possibilité de s'absenter du travail, qu'il s'agisse de congés de maternité ou d'éducation. Mais la population est vieillissante, et nous n'avons pas sérieusement envisagé d'instaurer des programmes différents axés vers les enfants adultes des personnes âgées. Grâce à ces programmes, ils pourraient prendre soin de leurs parents âgés sans pour autant renoncer à leur salaire ou à leur carrière. Il ne suffit pas de leur demander davantage d'argent pour qu'on s'occupe des personnes âgées dans des établissements.

Mme Greene: Estimez-vous que le système actuel comporte de nombreuses anomalies?

Dre Ritchie: Oui. Il y a d'ailleurs une chose qui nous préoccupe depuis un certain temps, soit le fait que dans les provinces, les arrangements financiers privilégient les produits en établissement et les soins qui font appel à la technologie

[Texte]

are going to require taxing of some of the alternate structures of care, because they reinforce going to physicians for particular kinds of care. You only can get services if they are prescribed by physicians, which means you have to go there first in order to get non-taxable service, and the home care services will only be provided without taxation if they fall into a very limited definition. That is a very major concern.

• 0945

The Chairman: Moving to Dr. Wilbee, I do not know whether there is anybody from the media here. If there is, this is Dr. Wilbee, and I am sure he would appreciate it.

Mr. Wilbee (Delta): I am afraid to open my mouth now. I am from British Columbia, and I was interested in Mrs. Clancy's comments on everybody comes here from Nova Scotia. The problem from the west is nobody wants to leave British Columbia, to come back to Ottawa.

I really appreciated your presentation. I think you have come closer to some of the major problems we are facing in the health care delivery system than perhaps any of the representations I have heard on this committee. You certainly opened up a number of vital areas for discussion.

First of all, in regard to the nursing profession itself, I would never encourage my children, at this stage in history, to go into nursing, for many of the reasons you talked about. I think it is one of the most undervalued professions we have. I have always been amazed that there is so little future.

You get the job on a ward as a nurse, and you stay there for 25 years, and then what happens to you? You burn out, and that is it. There is very little you can do without further education. I think this is one of the major causes of our so-called nursing shortage.

When you look at the type of work you do, with shift work, many of the nurses nowadays have families, so for the sake of family life it is inconvenient to work in summer or on weekends.

So I think these are major problems the health system, and particularly the nursing profession, has to work at and develop some system to remunerate in the things you have talked about—education, finances, whatever it may be—so that we can indeed get people such as yourself into the profession, which is so essential and going to become more so, as you were talking about the aging population. I think in the areas you have talked about the stress factors alone that nurses face when caring for very ill people—and slinging bedpans, this type of thing—just would not be tolerated by a lot of people in this day and age.

These need to be looked at very carefully. The nursing profession is generally well educated. I would say an above-average type of person goes into it, and that is not recognized in your fee schedule, and so on, so I do support very strongly what the nurses are doing.

[Traduction]

de pointe. D'ailleurs, le projet de taxe sur les produits et services va renforcer cette tendance. En effet, les gouvernements seront obligés de taxer certaines options de soins parallèles du fait qu'ils exigent que les gens consultent un médecin pour obtenir certains soins. On ne peut obtenir de services que s'ils sont prescrits par un médecin, ce qui signifie qu'il faut d'abord s'adresser à un médecin pour obtenir un service non imposable, et que les services de soins à la maison ne seront non imposables que s'ils correspondent à une définition très restreinte. C'est une question très préoccupante.

Le président: Je donne maintenant la parole à M. Wilbee. Je ne sais pas s'il y a des représentants des médias dans cette salle. S'il y en a, je leur annonce que voici M. Wilbee, car je suis sûr qu'il en sera très heureux.

M. Wilbee (Delta): Je ne vais plus oser ouvrir la bouche maintenant. Laissez-moi dire que je viens de la Colombie-Britannique et que j'ai été intéressé d'entendre M^{me} Clancy dire que tout le monde quitte la Nouvelle-Écosse pour venir ici. Le problème que nous avons, dans l'Ouest, c'est que personne ne veut quitter la Colombie-Britannique pour venir à Ottawa.

J'ai beaucoup apprécié votre exposé. J'estime en effet que, parmi tous les témoins que nous avons entendus jusqu'à présent, c'est sans doute vous qui avez réussi à cerner le mieux les grands problèmes auxquels nous faisons face. Vous avez manifestement évoqué plusieurs questions d'intérêt vital.

D'abord, en ce qui concerne le personnel infirmier lui-même, laissez-moi vous dire que je n'encouragerai certainement pas aucun de mes enfants à se lancer dans cette profession, à l'époque actuelle, pour les raisons que vous avez mentionnées. À mon avis, c'est l'une des professions les moins bien traitées et qui offrent le moins de perspectives d'avenir.

Prenez le cas d'une infirmière qui est responsable d'un service pendant 25 ans. Qu'est-ce que cela signifie pour elle? Cela signifie qu'elle s'épuise au travail, et c'est tout. Il lui est difficile de progresser sans des études complémentaires. À mon avis, c'est l'une des causes principales de la présumée pénurie de personnel infirmier.

Prenez le genre de travail que vous faites, qui est du travail par poste, ce qui complique singulièrement la vie de vos familles, notamment en été ou durant les fins de semaine.

Je crois que ce sont là les problèmes fondamentaux de notre système de santé, et notamment de la profession infirmière. J'estime qu'il va falloir arriver à rémunérer le personnel infirmier de manière à attirer les gens comme vous dans la profession, car nous allons avoir de plus en plus besoin de personnel compétent, comme vous le disiez, avec le vieillissement de notre population. Laissez-moi dire que les facteurs de stress de votre profession, surtout lorsqu'il s'agit de s'occuper de personnes très malades à qui on doit fournir des bassins hygiéniques, par exemple, ne seraient tout simplement pas tolérés par beaucoup de personnes.

Ce sont des questions qu'il faut examiner très sérieusement. Le personnel infirmier a généralement fait de bonnes études, certainement supérieures à la moyenne, mais cela ne se reflète pas dans sa rémunération. J'appuie donc sans réserve ce que font les infirmières et infirmiers.

[Text]

There were a couple of things you did talk about and the other people have talked about. On page 3 you talk about the fact that close to 10% of Canadians are in nursing homes, compared to much lower figures in other countries. You talked about some of the possibilities of why that should occur.

A few years ago, if somebody had a stroke, they were cared for at home, because aunts and uncles—in other words, the extended family—were around and could supply assistance. I think your concept of care-giving—care for the care-giver—is vital. Do you have any programs you are promoting in order to do this? What are you suggesting, more VON nurses or home public health nurses? How can we allow people to stay in their homes?

A 5% difference between Canada and the U.S. is tremendous, and it is tremendously expensive. I think these are the areas where the health care system can save a lot of money.

• 0950

Dr. Ritchie: Thank you. I will let Judith Oulton respond to the question on the seniors, but I cannot let your first comments go by unresponded to.

Thank you for your comments on nursing, but it is an occupation I would encourage my daughters, if I had any—and my sons, if I had any—to go into. I think we need to be careful not to say it is a terrible profession and discourage people from entering it. I think we are at a crossroads, though. I think it is incumbent upon society to make changes that make nursing remain a very attractive discipline to pursue.

I hesitate to say that it is the care that makes it so stressful, because in fact the care is very stressful but it also very satisfying. If you ask nurses would they recommend to their friends going into nursing today, they generally say no. I am one of the exceptions. But if you ask them do they like what they do, the answer is consistently: if I am allowed to, I do; I love it if I am allowed to do it. It is the support systems and the working environments, not the care that provides the stress. If there is time to do the care, nurses like doing the care.

It is not, with respect, incumbent upon the nurses to change the system, it is incumbent upon governments and management to change the current. . . It is not just unions who should be asking for things, for instance; management could be offering things that would make the situation much more accessible to people thinking of careers.

I would ask Ms Oulton to talk about what kinds of care programs we have in mind for the care-givers.

Ms Oulton: Thank you. Certainly for us it is one of the areas we are very much interested in exploring.

One of the things not happening frequently enough in the country, and it is small and not that costly, is the respite care program, so that if you have your patient at home, your family member at home, it gives you the opportunity to leave.

[Translation]

Passons maintenant à votre déclaration. Vous dites dans votre mémoire que près de 10 p. 100 des Canadiens sont dans des foyers d'accueil, proportion qui est beaucoup plus élevée que dans les autres pays. Vous proposez plusieurs explications à ce phénomène.

Il y a quelques années, quelqu'un qui avait une attaque se faisait soigner à la maison, parce que les oncles et tantes, c'est-à-dire la famille élargie, pouvaient lui prêter assistance. Aujourd'hui, votre recommandation visant à offrir des services de soutien aux dispensateurs de soins me paraît vitale. Connaissez-vous des programmes de cette nature? Que souhaitez-vous, sur le plan concret: plus de personnel infirmier de l'Ordre de Victoria, ou plus de personnel infirmier itinérant? Que faire pour que les malades puissent rester chez eux?

Une différence de 5 p. 100 entre le Canada et les États-Unis représente des coûts considérables. À mon avis, c'est dans ces secteurs que nous pourrions économiser beaucoup d'argent.

Dre Ritchie: Merci. Je laisserai Judith Oulton répondre à votre question sur les personnes âgées, mais je ne veux pas laisser passer vos remarques préliminaires.

Je vous remercie de ce que vous avez dit au sujet de la profession infirmière, mais je dois vous dire que je n'hésiterais pas à encourager mes filles, si j'en avais, et mes garçons, si j'en avais aussi, à se lancer dans cette profession. On ne peut pas dire impunément que c'est une profession terrible, car cela décourage les candidats. J'estime cependant que nous sommes arrivés à une période cruciale et qu'il est essentiel que la société accepte d'apporter à la profession les changements nécessaires pour qu'elle reste attrayante.

J'hésite à dire que ce sont les soins qui contribuent au stress, car, même si c'est vrai, ils sont également source de satisfaction. Si vous demandez aujourd'hui à des infirmières si elles sont prêtes à recommander cette profession à leurs amies, elles répondent généralement par la négative. Je fais partie des exceptions. Par contre, si vous leur demandez si elles aiment leur profession, elles répondent toujours qu'elles l'aiment, à condition qu'on leur permette de l'exercer comme il faut. C'est le milieu de travail et les facteurs externes qui contribuent au stress, pas la prestation des soins. Si on a le temps voulu pour fournir les soins, le travail est satisfaisant.

À mon avis, ce n'est pas le personnel infirmier qui a la responsabilité de changer le système, ce sont les gouvernements et les gestionnaires. Il ne suffit pas d'attendre que les syndicats réclament des changements, les gestionnaires pourraient les offrir de façon à rendre la profession plus attrayante.

Je vais maintenant demander à M^{me} Oulton de donner des précisions sur ce que nous envisageons comme services pour les dispensateurs de soins.

Mme Oulton: Merci. Il s'agit là d'une question à laquelle nous attachons beaucoup d'importance.

L'un des services les plus courants dans ce domaine, qui ne coûte pas cher, c'est celui des soins de répit qui permettent aux membres de la famille qui s'occupent d'un malade à la maison d'avoir des périodes de répit. À l'origine,

[Texte]

What we saw happening, first of all, was not care in the home. However, in the 1980s we began to have intermittent readmission programs to hospitals or hospital-based programs or nursing-home-based programs. They are still valuable when your occupancy rates are low and you are looking for bed usages. More important for the elderly patient is to have that program in the home, because we know that moving people from one environment to the other creates added confusion. So first of all, the respite aspect is tremendously important.

The other thing that is important is the homemaker assistance you provide. So it is not a true respite program necessarily, but is help to the individual as well as to the care-giver. That means that someone comes in and sits with your mother for the afternoon while you do your grocery shopping or you have your doctor's appointment or whatever. Where we can use a volunteer corps, that is wonderful; where it is not, we will have to pay for the service.

If we look at some of the concepts such as extramural hospital in New Brunswick and the idea that care in the home is expanded beyond the professional care, that care-giver capacity with limited care-giver capacity with homemakers has a tremendous impact on the independence of the individual. We are not going to institutionalize people as quickly if we can provide that level of service they need just to maintain them.

Certainly for the care-giver it is support, it is getting out. Also, I believe a couple of provinces informally at this point are looking at can they provide some kind of financial assistance—and I think Judith Ritchie mentioned this—in terms of giving families more flexible leaves of absence for episodic periods.

I think there is also some discussion within some jurisdictions for looking at some form of remuneration for people who elect to stay at home and care for the elderly, so that if you decide you want to spend time with the elderly or with someone who is disabled, you will have some form of remuneration for that. I am not aware of a jurisdiction where it is yet in place, but I know there are discussions on that.

The Chairman: We move to Dr. Halliday, please.

Mr. Halliday (Oxford): I want to welcome Dr. Ritchie and her colleagues back again. We always enjoy the sessions we have with your nursing group.

I think you mentioned you had 105,000 nurses registered with your association, or trained. What percentage of them are working full-time now?

Dr. Ritchie: The numbers are over 50%. It is hard to say exactly what the percentage is working full-time. The percentage working part-time seems to be more stable. Around one-third are working part-time.

● 0955

We are dependent on statistics. That is one of the problems in this country. We have no major national source of stable definitions and resource planning models. So we are dependent for our numbers on the numbers that are provided through the registering bodies, and that of course is dependent on people filling out their forms. They fill out their forms to some extent in order to get registered and be able to call themselves nurses and work, but they sometimes

[Traduction]

il n'y avait pas de soins à la maison. Dans les années 80, cependant, on a vu apparaître des programmes de réadmission intermittente ou des programmes de soins en hôpital ou en foyer d'accueil. Ces programmes sont toujours utiles quand les taux d'occupation sont faibles et que des lits sont disponibles. Pour les personnes âgées, cependant, il est plus important d'avoir les soins à la maison, car nous savons que passer d'un environnement à un autre peut causer des problèmes à ce genre de malades. Il est donc important de donner un répit aux personnes qui s'en occupent.

Autre service important, l'aide ménagère. Il ne s'agit pas de services de répit en soi, mais d'une aide générale accordée aux dispensateurs de soins. En d'autres mots, quelqu'un vient s'occuper du malade pendant l'après-midi, pendant que la personne va faire ses courses, va chez le médecin ou fait autre chose. Quand ce service est fourni par des bénévoles, c'est merveilleux; sinon, il faut payer.

Quand on envisage des programmes comme les services hospitaliers extra-muros au Nouveau-Brunswick et l'idée de soins à la maison au-delà des soins professionnels, l'idée d'offrir une aide ménagère peut contribuer fortement à préserver l'indépendance de la personne. Si nous pouvons leur fournir ce genre de services, les gens pourront plus facilement éviter l'hospitalisation.

Je crois également savoir que quelques provinces étudient la possibilité d'offrir une aide financière, comme Judith Ritchie l'a mentionné, pour permettre aux familles de bénéficier de périodes de répit variables.

On envisage également dans certaines régions de rémunérer les personnes qui préfèrent rester à la maison pour s'occuper des personnes âgées ou avec des personnes handicapées, par exemple. Cette idée n'a encore été mise en oeuvre nulle part, à ma connaissance, mais je sais qu'on l'étudie.

Le président: Monsieur Halliday.

M. Halliday (Oxford): Je souhaite à nouveau la bienvenue à M^{me} Ritchie et à ses collègues. C'est toujours avec plaisir que nous discutons avec vous.

Vous avez mentionné que votre association regroupait 105.000 infirmières et infirmiers. Combien occupent des postes à temps plein à l'heure actuelle?

Dre Ritchie: Plus de 50 p. 100. Il est difficile de dire exactement combien travaillent à temps plein. Le pourcentage de ceux qui occupent des postes à temps partiel semble être plus stable. Environ un tiers travaillent à temps partiel.

Il est important d'avoir de meilleures statistiques, et l'un des problèmes de notre pays est que nous n'avons pas de source nationale fiable de définitions stables et de modèles de planification des ressources. Nous sommes donc tributaires des chiffres qui nous sont fournis par les organismes professionnels, et ceux-ci dépendent, pour leurs statistiques, des formulaires remplis par les individus. Les gens remplissent des formulaires pour se faire enregistrer parmi le

[Text]

do not check off whether they are employed full-time or part-time, so the number is hard. The number indicating they are working part-time has remained stable, around one-third, and the number indicating they are working full-time is somewhere around 53% to 57%. I would say, though, that it is variable across the country. In some provinces it is well over 90% working full-time, and in some provinces it is well under 50%.

Mr. Halliday: Dr. Ritchie, you indicated earlier that there were five or six reasons in polling why nurses were not working more full-time. I presume that is discussed in your brief. I cannot recall seeing it, but I presume it is discussed there.

Dr. Ritchie: The sources of dissatisfieds are listed there, yes.

Mr. Halliday: I think the committee may want to look at those in trying to address the situation.

In terms of points of access to the system, you have raised that and other groups have too. As a family physician, I am interested in how that would work, because most of the people who come into a family physician's office have sore throats, coughs, a headache, or a pain somewhere, or a rash. Those are the common everyday things. How would that be handled in your view under your varying approaches to access? Would somebody come in and see a nurse first? Would that nurse then prescribe penicillin for a sore throat, or prescribe an ointment for a rash? I am just wondering how that would work if you change the modes of access.

Dr. Ritchie: Increasing the modes of access would not just increase the access to nurses but also to other health care professionals. All health care professionals now are educated in their programs to make assessments about whether the person has an issue that is pertinent to their area. Is it a need for nutrition counselling? For instance, I may know that I have a need for change in my diet, and I know very well that I am as healthy as a trout, except for eating too much. With the kind of diet I have, I really do not need to go to a physician to be told that I should go talk to a nutritionist. Yet I could go directly to a nutritionist. The nutritionist can take a history that says either yes, I can help you with this, or you need to be referred to a physician. From a nursing perspective, many of the things coming both to emergency departments and to physicians' offices are really not illnesses.

Mr. Halliday: The patient thinks it is, though.

Dr. Ritchie: Yes. The patient comes with a problem and a complaint, but very often it is not an actual physical illness that requires a physician's care. Much of those could be screened and routed into a more appropriate access, such as they are in many community health centres, and such has been demonstrated in many studies. The physician gets to see the person when they are sick to decide that in fact this is the kind of treatment that is required. Those people could be

[Translation]

personnel infirmier et pour pouvoir travailler, mais ils n'indiquent pas toujours s'ils travaillent à temps plein ou à temps partiel. Quoi qu'il en soit, la proportion des personnes indiquant qu'elles travaillent à temps partiel semble rester stable, autour d'un tiers, et la proportion de celles qui déclarent travailler à temps plein se situe autour de 53 à 57 p. 100. Il peut cependant y avoir des variations régionales. Dans certaines provinces, la proportion peut être supérieure à 90 p. 100, alors qu'elle est largement inférieure à 50 p. 100 dans d'autres.

M. Halliday: Vous avez indiqué plus tôt, madame Ritchie, cinq ou six raisons pour lesquelles le travail à temps plein n'est pas plus fréquent dans votre profession. Je suppose que vous en parlez dans votre mémoire, mais je ne me souviens plus des détails.

Dre Ritchie: Oui, nous donnons dans notre mémoire les facteurs d'insatisfaction.

M. Halliday: Je suis sûr que nous devons les examiner attentivement.

Vous avez également évoqué les points d'accès au système, et vous n'êtes pas le seul groupe à l'avoir fait. Comme je suis médecin de famille, j'aimerais bien savoir comment cela pourrait marcher, car la plupart des gens qui s'adressent à leur médecin le font parce qu'ils ont mal à la gorge, parce qu'ils toussent, parce qu'ils ont mal à la tête ou parce qu'ils ont une douleur quelconque. Bref, ils le font pour des raisons tout à fait courantes. Quel est le système que vous envisagez à cet égard? Les gens seraient-ils vus d'abord par une infirmière? Celle-ci aurait-elle le droit de leur faire une ordonnance pour de la pénicilline, en cas de mal de gorge, ou pour une pommade quelconque, en cas d'éruption cutanée, par exemple?

Dre Ritchie: Multiplier les points d'accès se ferait en augmentant l'accès non seulement au personnel infirmier, mais aussi aux autres professionnels de la santé. À l'heure actuelle, tous les professionnels de la santé sont capables de déterminer si le patient qui se présente à eux a un problème les concernant. S'agit-il par exemple de conseils en matière de nutrition? Il y a des gens qui savent très bien qu'ils sont en excellente santé, mais qu'ils mangent trop et qu'ils doivent donc changer leur régime alimentaire. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire qu'ils s'adressent à un médecin, qui leur dira simplement qu'ils doivent aller voir un diététicien. Ils pourraient s'adresser directement à ce spécialiste. C'est alors le diététicien qui recueillerait les informations pertinentes et qui dirait: oui, je peux vous aider, ou non, allez voir un médecin. Bien des gens qui se présentent aux services d'urgence des hôpitaux ou au cabinet d'un médecin ne sont pas vraiment malades.

M. Halliday: Mais ils le croient.

Dre Ritchie: Certes, le patient se présente parce qu'il a un problème, mais, bien souvent, il ne s'agit pas d'une maladie en tant que telle, justifiant l'attention du médecin. Beaucoup de ces patients pourraient être filtrés et orientés par une méthode d'accès plus appropriée, par exemple en s'adressant à un centre de santé communautaire, et beaucoup d'études l'ont prouvé. De cette manière, le médecin ne verrait que des personnes qui sont vraiment malades et qui

[Texte]

screened and routed directly, and then it is a much more efficient use of the system, so that the people who are prepared to diagnose and treat illness are seeing the patients and not spending their time on lots of things that in fact they are not well educated for.

Mr. Halliday: The trick, though, is to know what is illness. For a person who comes in with a headache, is it a functional headache, as 90% are, or is it due to a brain tumor? That is the difficulty we have. Is the nurse capable and trained to distinguish between the two? It is difficult for physicians, let alone for somebody who has had less training. This raises a question in my mind about the practicality of that concept.

Dr. Ritchie: It has been demonstrated rather repeatedly that in fact that is the case. People get better care and are referred more appropriately when they have alternate first access. I recognize the problem, and it is also a problem within medicine that some things are inadequately addressed in terms of assessment.

Mr. Halliday: The Soviet Union traditionally has had very few trained physicians, and they have had people with obviously lesser degrees looking after people who are sick. The interesting thing is that they have now come to us in Canada, to the College of Family Physicians, and asked us if we would institute for them and show them how to set up training programs for more general practitioners, or family physicians, in Russia, because their people want to go to physicians, not to lesser trained people.

• 1000

Dr. Ritchie: It seems to me that what we have done in this country and in the world in general is a very good job of marketing that the kind of health care that is good health care is that provided by physicians, and it is illness care. In fact, one of the major problems in the care of older adults that requires older adults to be institutionalized is the over-treatment by physicians and over-prescription by physicians. If other health care providers saw those people—social workers, nutritionists, nurses, and psychologists—we would be seeing people whose problems are addressed without drugs and who are kept more independent. So I hope that we will not respond to the Soviet Union's request in the way we have responded in Canada.

Mr. Halliday: I guess I had better go to my favourite question, on the subject of funding. You have suggested to us today a number of areas where we could improve our system by better utilizing nurses, in a number of ways, in primary access and so on. I wonder if, like the people who are concerned about day care for children, you have given any consideration to the various suggestions for respite care and for access through community health centres. If the nursing

[Traduction]

ont vraiment besoin de leurs services. Avec un tel filtrage, on aboutirait à une utilisation beaucoup plus efficiente du système, ce qui permettrait aux gens qui sont capables d'établir un diagnostic et de traiter une maladie de ne voir que des patients qui ont vraiment besoin de ce genre de service et de ne pas perdre leur temps avec des problèmes auxquels ils n'ont d'ailleurs pas été très bien formés.

M. Halliday: Le problème est de savoir si la personne est malade ou non. Si quelqu'un se plaint d'un mal de tête, s'agit-il d'un mal de tête fonctionnel, comme dans 90 p. 100 des cas, ou s'agit-il d'une tumeur au cerveau? Voilà la difficulté. L'infirmière sera-t-elle capable de faire la distinction entre les deux? Comme c'est déjà difficile pour un médecin, ce le sera encore plus pour quelqu'un qui aura une formation moins complète. Voilà pourquoi je me demande si cette idée est vraiment réaliste.

Dre Ritchie: Beaucoup d'études ont prouvé qu'elle l'est. En fait, les gens reçoivent de meilleurs soins et sont mieux orientés quand ils passent par un filtre d'accès différent. Je comprends bien le problème que vous évoquez, mais il faut bien reconnaître qu'il arrive à certains médecins de faire de mauvaises évaluations.

M. Halliday: En Union soviétique, il y a depuis toujours beaucoup moins de médecins que chez nous, et beaucoup plus de gens ayant fait des études moins poussées pour s'occuper des malades. Or, les responsables soviétiques viennent de s'adresser au Collège des médecins de famille du Canada pour lui demander de les aider à mettre sur pied des programmes de formation de médecins généralistes, ou de médecins de famille, car les Soviétiques veulent de plus en plus s'adresser à des médecins, et non pas à des gens moins formés.

Dre Ritchie: J'ai l'impression que l'on a très bien réussi, au Canada comme dans beaucoup d'autres pays, à faire accepter l'idée que seuls les médecins peuvent fournir de bons services de santé. En fait, l'un des problèmes majeurs qui justifient l'hospitalisation de personnes âgées est l'excès de traitement médical, ou une consommation excessive de médicaments prescrits par des médecins. Si ces gens-là étaient vus par d'autres personnes, par des travailleurs sociaux, par des diététiciens, par des infirmières et des psychologues, on constaterait souvent que leurs problèmes peuvent être réglés sans qu'on ait recours à des médicaments et en préservant leur indépendance. De ce fait, j'espère que nous ne répondrons pas à la demande de l'Union soviétique comme nous l'avons fait au Canada.

M. Halliday: Je crois que je ferais mieux d'aborder mon sujet favori, celui du financement. Vous avez mentionné plusieurs domaines dans lesquels nous pourrions améliorer les services en faisant une meilleure utilisation du personnel infirmier, par exemple dans les services d'accès primaire. J'aimerais savoir si, comme les personnes qui réclament des services de garderie d'enfants, vous avez envisagé toutes les propositions qui ont été faites en matière de soins de répit et

[Text]

Our numbers really do not show great exoduses and I think we need to be careful about doing too many comparative studies. I think there is probably a much greater exodus between Quebec and Ontario than there is between Quebec and the European countries, because if you live in Hull, you can make a lot more money working in Ottawa. If you live in Hull, you can make more money if you happen to just drive across the bridge. The working conditions are also very different. It would take a nurse something like five to ten years to ever see the light of day in her work schedule, because many of the francophone hospitals in Quebec, for instance, require a nurse to work nights permanently for the first several years. That would be a big incentive for me to try another province—unless you have a peculiar biological rhythm. So I think there are many areas we need to examine and in which we could make changes.

• 1010

In your question I think you said that no matter how good we make the working conditions, people still leave. I think we need to look at how good our working conditions really are. We have done studies showing what conditions dissatisfy, but we have no Canadian studies showing which solutions work. What are the Canadian “magnet” hospitals? One study in the United States has been followed up three times to determine what hospitals are not having difficulty. They have a real—although it is beginning to turn around—shortage in the U.S., yet some hospitals are weathering the storm very effectively. They are called “magnets”.

The original study was done in 1982-83 and it has just been followed up for the third time. Those hospitals are still not having the same difficulties as other places and it is related to nature of working conditions and the kinds of support services that are provided.

Many hospitals in this country have responded to the funding crunch by cutting back on support services, because nurses are fairly bright and very flexible. They need to better educated, but they are very bright people. It is a good thing, because we would be in big trouble if they were not.

Managers see that as a major asset and they cut out the support services. That is what nurses are complaining about when they say they do not have time to give the care because they are moving beds and laundry carts and cleaning up things that the housekeepers union says it does not have to clean up. It is a major issue that management needs to address.

Ms Oulton: One member of the committee made a very important remark earlier about this strange expectation we have that a nurse wishes to remain on one unit, in one hospital, forever. If you look at the general population, it is not normal to maintain a position in one job, unless there is a great deal of variety in that job. Yet with nursing we have this bizarre expectation that they should remain static and stable.

[Translation]

Nos chiffres ne nous permettent pas de dire qu'il y a vraiment un exode, et il faut se méfier un peu des études comparatives. Il y a probablement un exode beaucoup plus fort entre le Québec et l'Ontario qu'entre le Québec et l'Europe, parce qu'il est beaucoup plus facile à quelqu'un qui vit à Hull de gagner plus d'argent à Ottawa. Et il suffit pour cela de traverser le pont. Les conditions de travail sont également très différentes des deux côtés de la rivière. Au Québec, une infirmière doit avoir quelque chose comme cinq à dix années d'expérience pour finalement voir la lumière du jour, car beaucoup des hôpitaux francophones de la province exigent, par exemple, que les infirmières occupent des postes de nuit permanents durant les premières années. Je sais que cela serait pour moi une très forte incitation à aller m'établir ailleurs, mais ce ne le serait peut-être pas pour quelqu'un qui aurait un rythme biologique assez particulier. Il n'en reste pas moins qu'il y a donc beaucoup de changements que l'on pourrait apporter pour améliorer la situation chez nous.

Vous dites également que, malgré toutes les améliorations apportées aux conditions de travail, les gens quittent quand même la profession. Croyez-vous qu'elles sont si bonnes que cela nos conditions de travail? On a fait des études sur les facteurs d'insatisfaction au travail, mais je n'en connais aucune sur les solutions. Quels sont les hôpitaux canadiens les plus attrayants? Une étude effectuée aux États-Unis a été répétée trois fois pour qu'on comprenne bien quels sont les hôpitaux qui n'ont pas de difficultés. Il y a aux États-Unis une vraie pénurie de personnel infirmier, qui commence cependant à disparaître, mais certains hôpitaux continuent à s'en sortir très bien. On les appelle des «aimants».

La première étude de cette nature avait été faite en 1982-1983 et elle vient d'être refaite pour la troisième fois. Elle révèle que ce sont toujours les mêmes hôpitaux qui n'ont pas de problèmes, et il est clair que ce phénomène est relié aux conditions de travail et aux services de soutien.

Bon nombre d'hôpitaux canadiens ont fait face aux compressions budgétaires en éliminant des services de soutien, car le personnel infirmier est assez brillant et très souple. Certains de ses membres devraient peut-être faire plus d'études, mais ce sont en général des personnes assez brillantes, et c'est heureux, car, sinon, nous serions vraiment en difficulté.

Considérant cette situation, les directeurs d'hôpitaux réduisent les services de soutien. Voilà de quoi se plaignent les infirmières et infirmiers quand ils disent qu'ils n'ont pas assez de temps pour donner des soins aux patients parce qu'ils sont obligés de déplacer des lits, de pousser des chariots de linge sale et de faire du nettoyage dont le syndicat des agents d'entretien refuse de s'occuper. Voilà un problème de fond.

Mme Oulton: L'un d'entre vous a fait tout à l'heure une remarque très importante au sujet de cette volonté bizarre que nous avons d'imposer aux infirmières de rester toujours dans la même unité ou dans le même hôpital. Ce n'est pourtant pas la norme dans le reste de la société, sauf pour les emplois qui offrent beaucoup de variété. Pourtant, avec les infirmières, on voudrait qu'elles restent toujours au même poste.

[Texte]

those of us who might fall in the middle range adult stage. There are different kinds of activities that need to be available to people and to which I think we need to pay attention, and I think one of the major roles of the federal government could be to add to the research pot in this country. We are badly underfunded in research in general and in particular in health care and social issues.

• 1005

There is a tremendous need for looking at what are the kinds of programs that would permit care-givers to manage at home not just the older adult but many middle-aged and child members of our population who have chronic illnesses. Our system is simply not geared to provide that and we need research to demonstrate it. We also need research to demonstrate which programs are most appropriate for various sectors of the population and what variety needs to be out there. The Seniors Independence Program is a marvelous program that has started that kind of progress, but it is only a part.

The Chairman: Thank you, Mrs. Clancy. I think it is appropriate that we end up with a nurse on our committee asking these questions.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Merci, monsieur le président. Je serai très disciplinée; je laisserai tomber les 13 autres questions.

Bienvenue à notre Comité; en tant qu'ex-infirmière j'ai suivi de très près votre exposé; je suis arrivée en retard malheureusement; excusez-moi.

J'essaie de comparer les époques, même si je ne suis pas Mathusalem. Il y a une différence, quand même. J'ai personnellement connu une époque sans syndicat, et une autre avec syndicat; dans certains cas cela a amélioré la condition des infirmières, mais dans d'autres cela a été plus difficile peut-être. Bref! C'est comme dans toute chose. En tous cas, on est bien loin de la vocation, aujourd'hui; on n'en parle plus. Peut-être est-ce, ou non, une bonne chose.

Je remarque que plus on améliore les conditions de travail, plus ça se complique. Je ne sais pas où est la faille, mais il y a quelque chose quelque part. Au Québec, par exemple, il y a une fuite, il y a une espèce d'exode des infirmières qui partent pour la France, pour la Belgique et plus encore pour la Suisse. On a même fait des interviews à ces infirmières-là, sur place, là-bas; elles semblaient vraiment contentes de leur sort. Ne faudrait-il pas faire une espèce d'étude comparative entre ce qu'on leur offre ici, et ce qu'on leur offre à l'étranger? J'aimerais savoir quelles sont les vraies raisons qui poussent nos infirmières à quitter notre système pour aller ailleurs. Quel est le malaise?

Dr. Ritchie: I have heard of the reports of the interviews with Quebec nurses in Switzerland, in particular, and I think we need to be careful not to assume that what is in the media is a fact. I suspect the members sitting around this table know that a lot better than somebody who works at pediatric nursing in Halifax.

One of the things that is a great puzzle in those interviews is that the responses of the nurses who have been interviewed indicate that the working conditions are worse in Switzerland than they are in Quebec, so we do have to wonder what is going on there.

[Traduction]

dans une situation qui n'est pas très différente des adultes autour de la cinquantaine. Évidemment, les personnes âgées ont besoin d'activités différentes, et je crois que le gouvernement fédéral devrait accepter la responsabilité de contribuer à la recherche dans ce domaine. Nous faisons très peu dans le domaine de la recherche en général, et surtout dans celui de la recherche sociale et sur la santé.

Il est essentiel que nous commencions l'étude des programmes qui permettraient aux dispensateurs de soins de s'occuper à la maison non pas seulement des personnes âgées, mais aussi des nombreux adultes et enfants qui souffrent de maladies chroniques. Hélas, notre système n'est tout simplement pas conçu pour cela, et il faut faire des recherches à ce sujet. Il faut également faire des recherches pour voir quels sont les programmes les plus appropriés pour les divers secteurs de la population, en fonction de leurs besoins spécifiques. Le Programme d'aide à l'autonomie des aînés est un excellent programme de cette nature, mais ce n'est qu'un début.

Le président: Merci, madame Clancy. Il me paraît tout à fait approprié que nous mettions un terme à cette partie de notre séance en donnant la parole à une infirmière.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Thank you, Mr. Chairman. I will ask only one question and I will forget the other 13.

Welcome to our Committee. As an ex-nurse, I have been very interested by your statements. Unfortunately, I came in late, and I apologize.

Even though I am not that old, I see a difference between today and my time, if I may use that expression. I worked at a time when there was no union, and I also worked at the time when we had a union. In some cases, this led to improvements for nurses but, in others, it may have made their situation more difficult. In any case, the time when people had a calling for this profession is long gone. It may or may not be a good thing.

However, I can see that the more working conditions are improved, the more problems we have. I do not know why, but there seems to be something wrong there. In Quebec, for example, there is a kind of exodus of nurses who leave for France, for Belgium and even more for Switzerland. Some of the nurses who left for those countries were interviewed and they seemed to be very happy with their new life. Do you not think we should do a comparative study of what they are being offered here and abroad? I would like to know what are the true reasons for our nurses wanting to leave our system. What is the problem?

Dre Ritchie: J'ai moi aussi entendu parler d'entrevues d'infirmières du Québec établies en Suisse, notamment, mais je crois qu'il est très important de ne pas généraliser à partir de ce que rapportent les médias, et je suis sûre que les personnes assises autour de cette table le savent mieux que quiconque.

L'un des aspects troublants de ces entrevues est que les infirmières déclarent que les conditions de travail sont pires en Suisse qu'au Québec. On peut donc se demander ce qu'il se passe là-bas.

[Text]

Our numbers really do not show great exoduses and I think we need to be careful about doing too many comparative studies. I think there is probably a much greater exodus between Quebec and Ontario than there is between Quebec and the European countries, because if you live in Hull, you can make a lot more money working in Ottawa. If you live in Hull, you can make more money if you happen to just drive across the bridge. The working conditions are also very different. It would take a nurse something like five to ten years to ever see the light of day in her work schedule, because many of the francophone hospitals in Quebec, for instance, require a nurse to work nights permanently for the first several years. That would be a big incentive for me to try another province—unless you have a peculiar biological rhythm. So I think there are many areas we need to examine and in which we could make changes.

• 1010

In your question I think you said that no matter how good we make the working conditions, people still leave. I think we need to look at how good our working conditions really are. We have done studies showing what conditions dissatisfy, but we have no Canadian studies showing which solutions work. What are the Canadian “magnet” hospitals? One study in the United States has been followed up three times to determine what hospitals are not having difficulty. They have a real—although it is beginning to turn around—shortage in the U.S., yet some hospitals are weathering the storm very effectively. They are called “magnets”.

The original study was done in 1982–83 and it has just been followed up for the third time. Those hospitals are still not having the same difficulties as other places and it is related to nature of working conditions and the kinds of support services that are provided.

Many hospitals in this country have responded to the funding crunch by cutting back on support services, because nurses are fairly bright and very flexible. They need to better educated, but they are very bright people. It is a good thing, because we would be in big trouble if they were not.

Managers see that as a major asset and they cut out the support services. That is what nurses are complaining about when they say they do not have time to give the care because they are moving beds and laundry carts and cleaning up things that the housekeepers union says it does not have to clean up. It is a major issue that management needs to address.

Ms Oulton: One member of the committee made a very important remark earlier about this strange expectation we have that a nurse wishes to remain on one unit, in one hospital, forever. If you look at the general population, it is not normal to maintain a position in one job, unless there is a great deal of variety in that job. Yet with nursing we have this bizarre expectation that they should remain static and stable.

[Translation]

Nos chiffres ne nous permettent pas de dire qu'il y a vraiment un exode, et il faut se méfier un peu des études comparatives. Il y a probablement un exode beaucoup plus fort entre le Québec et l'Ontario qu'entre le Québec et l'Europe, parce qu'il est beaucoup plus facile à quelqu'un qui vit à Hull de gagner plus d'argent à Ottawa. Et il suffit pour cela de traverser le pont. Les conditions de travail sont également très différentes des deux côtés de la rivière. Au Québec, une infirmière doit avoir quelque chose comme cinq à dix années d'expérience pour finalement voir la lumière du jour, car beaucoup des hôpitaux francophones de la province exigent, par exemple, que les infirmières occupent des postes de nuit permanents durant les premières années. Je sais que cela serait pour moi une très forte incitation à aller m'établir ailleurs, mais ce ne le serait peut-être pas pour quelqu'un qui aurait un rythme biologique assez particulier. Il n'en reste pas moins qu'il y a donc beaucoup de changements que l'on pourrait apporter pour améliorer la situation chez nous.

Vous dites également que, malgré toutes les améliorations apportées aux conditions de travail, les gens quittent quand même la profession. Croyez-vous qu'elles sont si bonnes que cela nos conditions de travail? On a fait des études sur les facteurs d'insatisfaction au travail, mais je n'en connais aucune sur les solutions. Quels sont les hôpitaux canadiens les plus attrayants? Une étude effectuée aux États-Unis a été répétée trois fois pour qu'on comprenne bien quels sont les hôpitaux qui n'ont pas de difficultés. Il y a aux États-Unis une vraie pénurie de personnel infirmier, qui commence cependant à disparaître, mais certains hôpitaux continuent à s'en sortir très bien. On les appelle des «aimants».

La première étude de cette nature avait été faite en 1982–1983 et elle vient d'être refaite pour la troisième fois. Elle révèle que ce sont toujours les mêmes hôpitaux qui n'ont pas de problèmes, et il est clair que ce phénomène est relié aux conditions de travail et aux services de soutien.

Bon nombre d'hôpitaux canadiens ont fait face aux compressions budgétaires en éliminant des services de soutien, car le personnel infirmier est assez brillant et très souple. Certains de ses membres devraient peut-être faire plus d'études, mais ce sont en général des personnes assez brillantes, et c'est heureux, car, sinon, nous serions vraiment en difficulté.

Considérant cette situation, les directeurs d'hôpitaux réduisent les services de soutien. Voilà de quoi se plaignent les infirmières et infirmiers quand ils disent qu'ils n'ont pas assez de temps pour donner des soins aux patients parce qu'ils sont obligés de déplacer des lits, de pousser des chariots de linge sale et de faire du nettoyage dont le syndicat des agents d'entretien refuse de s'occuper. Voilà un problème de fond.

Mme Oulton: L'un d'entre vous a fait tout à l'heure une remarque très importante au sujet de cette volonté bizarre que nous avons d'imposer aux infirmières de rester toujours dans la même unité ou dans le même hôpital. Ce n'est pourtant pas la norme dans le reste de la société, sauf pour les emplois qui offrent beaucoup de variété. Pourtant, avec les infirmières, on voudrait qu'elles restent toujours au même poste.

[Texte]

One of the things we have to do is provide some variety. We have to look at how to keep people at the bedside through clinic laddering or other things that add variety, challenges and opportunities for change. But we must look at some of the expectations that we in the system have for nurses and nurses' work patterns. It is very strange.

Dr. Ritchie: And that relates directly to the compensation issue because in many areas of the country management insists that a nurse go back to the beginning level if she moves. If a nurse moves from a neurosurgical unit to a hospital across the city that specializes in heart transplants, in some provinces they would have to go back to level one, as if they were a novice. That makes no sense in today's world where care is incredibly complex and you need the nurse who has the educated intuition that only comes with experience. You have to reward that as well as just staying in one place for a long time.

The Chairman: Thank you. You indicated the movement and perhaps nurses who go into politics do not do a lot for the improvement of the health of Canadians, either physically or mentally. I do not know. That is a low blow, but I do appreciate the comments you made. It is obvious that we could spend a great deal of time on this. The interest shown by members and the answers you have given us indicate the concern all of us have.

My mother was a nurse during the 1930s, when it was 18-hour shifts, \$5 if the patient survived, and you might get paid. I have a daughter-in-law who is a nurse under the conditions you have been talking about. Things have changed, albeit there is room for improvement in the system.

We appreciate the time you have taken to be with us this morning. I will look forward to the testimony you have given us and we will certainly take it into consideration as we prepare our report. Thank you very much for appearing this morning.

• 1015

Dr. Ritchie: Thank you, Mr. Chairman, and I thank the members of the committee for your time as well.

The Chairman: Our second group of witnesses is from the Canadian Association of Social Workers. We have with us today Gail MacDougall, president; Kim Care, chairperson of the Social Policy Committee; and Sandy Campbell, president of the Midwestern Branch of the Ontario Association of Professional Social Workers. We welcome you, and thank you for your appearance before the committee this morning.

Ms Gail MacDougall (President, Canadian Association of Social Workers): Thank you, Mr. Chairman. It is our pleasure to be here with you this morning, and we very much appreciate the opportunity to meet with this committee. It is

[Traduction]

Il est important d'assurer un minimum de variété dans les tâches. Il faut donc se demander comment on peut faire en sorte que les infirmières continuent à s'occuper des patients, et il faut envisager pour cela des systèmes de promotion en clinique ou de diversification des tâches. Il n'en reste pas moins qu'il est très bizarre que l'on veuille imposer une telle rigidité au travail du personnel infirmier.

Dre Ritchie: Ce qui nous ramène d'ailleurs directement au problème de la rémunération, car, dans beaucoup de régions, les hôpitaux exigent que les infirmières retournent au bas de l'échelle si elles veulent changer de poste. Si une infirmière quitte une unité de neurochirurgie pour un autre hôpital, de la même ville, spécialisé dans les transplantations cardiaques, elle sera obligée, dans certaines provinces, de retourner au bas de l'échelle salariale, tout comme si elle débutait. Voilà une exigence tout à fait aberrante dans le monde contemporain, où les soins sont d'une complexité extrême et où on a besoin de personnel infirmier qui ait non seulement une intuition éduquée, mais aussi une véritable expérience professionnelle. Il ne faut donc pas seulement récompenser les personnes qui restent au même endroit pendant très longtemps.

Le président: Merci. Puisque vous parlez de changements, peut-être devrait-on se demander si le fait que des infirmières entrent en politique contribue ou non à améliorer la santé physique et mentale des Canadiens. Je n'en sais rien. Je le reconnais, c'est un coup bas, mais je dois dire que j'ai beaucoup apprécié vos commentaires. Il est évident que vous avez consacré beaucoup de temps à ces questions, et vous avez pu constater qu'elles intéressent aussi beaucoup les membres du comité.

Je dois vous dire que ma mère était infirmière dans les années 30, quand elle faisait des journées de 18 heures et qu'elle gagnait 5\$ si le patient survivait. J'ai aujourd'hui une belle-fille qui est infirmière et qui connaît donc les conditions de travail que vous avez évoquées. Les choses ont changé mais je reconnais qu'elles peuvent encore s'améliorer.

Nous vous remercions d'être venues témoigner devant notre comité. Nous examinerons attentivement votre mémoire, et vous pouvez être sûres que nous en tiendrons compte quand nous rédigerons notre rapport. Merci beaucoup d'être venues témoigner.

Dre Ritchie: Merci, monsieur le président. Merci de votre attention.

Le président: Nous accueillons maintenant les membres de l'Association canadienne des travailleurs sociaux, c'est-à-dire Gail MacDougall, présidente, Kim Clare, présidente du Comité de la politique sociale, et Sandy Campbell, présidente de la *Mid-Western Branch of the Ontario Association of Professional Social Workers*. Mesdames, nous vous souhaitons la bienvenue.

Mme Gail MacDougall (présidente, Association canadienne des travailleurs sociaux): Merci, monsieur le président. C'est avec grand plaisir que nous venons nous adresser à votre comité. Comme je suis moi aussi originaire

[Text]

a bit ironic that I am another easterner from Halifax; you are having an eastern invasion this morning. Canada is a small country in many ways, and it is a very great pleasure to be here from the east representing a national organization.

• 1020

The Canadian Association of Social Workers is a federation of 11 provincial and territorial member organizations, which represent approximately 10,500 professional social workers across Canada. CASW is committed to maintaining a national leadership role in strengthening and advancing the social work profession in this country. The association strongly supports excellence in social work practice and seeks to develop, promote, support and maintain national professional standards of practice to the highest quality.

Through its commitment to social policy review and development, social action, advocacy and research, CASW strives to ensure social justice and well-being for all Canadian residents.

I may just stop at this point and explain to the committee generally the areas in which social workers would provide service to seniors. Social workers go through university training and work with seniors. The areas of work we would be involved in would be the assessment of psycho-social needs and resources, participation in interdisciplinary care planning, counselling services for individuals and families seeking service, counselling services to families who are supporting and caring for their senior members, and counselling for staff in health care facilities and community care programs.

We provide service and mediation, problem solving and advocacy on behalf of client groups. We provide consultation and education to community groups, special interest groups, other professionals, and government. We provide community liaison. We work with clients and families to build links and maintain links to their own world. Social workers are active in policy development, administration and research. In many provinces social workers are represented on committees such as this or on advisory committees to health and social service departments.

We work with others, we work with team building. We work to build teams of care-givers to support individuals and families. We work to establish multidisciplinary teams for the provision of service to clients. We work in communities to build teams of organizations that will respond to the needs of the elderly and their care-givers.

We are active in program development and in the assessment of competency of residents. We provide community-based assessments. We provide assessments at the time of admission into institutional care. We are active in assessment processes for home care programs, which were mentioned by Dr. Ritchie. We are active in this field in many different ways.

[Translation]

de Halifax, je dois bien reconnaître que le vent d'est souffle fort ce matin. Le Canada est un petit pays, à maints égards, et il est très agréable pour quelqu'un de l'Est de représenter une organisation nationale.

L'Association canadienne des travailleurs sociaux est une fédération de 11 organisations provinciales et territoriales regroupant environ 10,500 travailleurs sociaux de tout le pays. L'ACTS est résolue à contribuer activement aux progrès de la profession des travailleurs sociaux du Canada. Ses objectifs fondamentaux sont de contribuer à l'excellence du travail social et à favoriser, promouvoir, appuyer et protéger des normes de travail professionnelles de très haut niveau à l'échelle nationale.

Par son intervention dans le secteur de l'analyse et de l'élaboration des politiques sociales, de l'action sociale, de la sensibilisation de la population et de la recherche, l'ACTS veut contribuer à la justice sociale et au bien-être de tous les Canadiens.

Peut-être serait-il bon que j'explique aux membres du comité comment les travailleurs sociaux fournissent des services aux personnes âgées. Les travailleurs sociaux font des études universitaires et travaillent avec les personnes âgées dans les secteurs suivants : évaluation des besoins psychosociaux et des ressources, participation à la planification de soins interdisciplinaires, consultations auprès des particuliers et des familles, consultations auprès des familles prenant soin de personnes âgées, et consultations auprès du personnel des établissements de santé et des responsables des programmes de soins communautaires.

Nous fournissons au nom de nos clients des services de médiation, de règlement de problèmes et de défense de leurs intérêts. Nous fournissons des services de consultation et d'éducation aux groupes communautaires, à des catégories spéciales de la population, à d'autres professionnels et au gouvernement. Nous fournissons des services de liaison avec la collectivité. Nous travaillons avec nos clients et avec leurs familles pour établir ou consolider leurs liens avec le monde extérieur. Les travailleurs sociaux s'occupent activement d'élaboration, de mise en oeuvre et d'analyse de politiques publiques. Dans beaucoup de provinces, les travailleurs sociaux font partie de comités comme le vôtre ou de comités consultatifs travaillant avec les ministères de la Santé et des Services sociaux.

Nous travaillons avec les autres pour former des équipes de dispensateurs de soins prestataires de soins aux particuliers et aux familles. Nous contribuons à la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires pour fournir des services à nos clients. Nous travaillons dans les collectivités pour mettre sur pied des équipes capables de répondre aux besoins des personnes âgées et des dispensateurs de soins.

Nous contribuons à l'élaboration de programmes et à l'évaluation des compétences des résidents. Nous fournissons des évaluations communautaires. Nous fournissons des évaluations lors de l'admission des patients dans les établissements de soins. Nous participons aux activités d'évaluation dans le cadre des programmes de soins à la maison, dont a parlé M^{me} Ritchie. Nous oeuvrons dans ce domaine de nombreuses manières différentes.

[Texte]

In the last decade of the 20th century, CASW is very concerned about the deterioration of Canada's social security programs and diminishing health care system. Each act taken by governments to weaken the already fragile network of health and social security programs threatens the daily lives of this country's most disadvantaged and marginalized residents.

We cannot tolerate the advancing disparity between those people in our society who have so much while growing numbers, particularly women and children, struggle to survive on so little. It is well known that the extent of poverty among senior women is staggering.

As our worries regarding this situation have escalated, CASW has been active in alerting national and provincial elected officials about our serious concerns. In the recent past MPs have heard our views regarding the lack of necessary resources to ensure positive mental health for Canadians. CASW has applauded the Minister of Health for this government's stated philosophy on mental health and encourages the implementation of resources to support and improve mental health initiatives across the country.

CASW has also entered into positive negotiations with the federal government to develop resources for the professional social work community to help us to combat the devastating epidemic of AIDS.

• 1025

With the support of federal resources, CASW is able to work co-operatively with persons from other disciplines to create and develop sensitive and appropriate responses to children, women and the elderly who are victims of domestic violence. This would refer to the inter-disciplinary project on domestic violence, co-ordinated through national professional groups in Ottawa. Part of their interest is in elder abuse.

Our concerns continue to be many. CASW has been concerned about the budgetary trends of the federal government, in particular. We have gone on record to protest the goods and services tax, which is regressive taxation, in our opinion, that will affect the poor and working classes hardest.

CASW has expressed dismay at the cuts to women's programs and to native programs. The decision to restore funding to vital women's centres across the country is a positive step, but temporary and inadequate. Such centres literally save the lives and sanity of many women and their children and must have essential core funding now and in the future. Funding to feminist journals and native communications networks is also essential. It is through these communication system that the most disadvantaged members of our society gain a representative voice.

Limiting of funds to the Canada Assistance Plan, which has been the backbone of Canadian social programs, will mean greater suffering for poor children. Cuts to essential living services for disabled persons, abused women, children,

[Traduction]

Dans les années 90, l'ACTS va se préoccuper très sérieusement de la détérioration des programmes de sécurité sociale du Canada et de l'étiollement du réseau de services de santé. Toutes les mesures prises par les gouvernements pour affaiblir notre réseau déjà fragile de services de santé et de sécurité sociale portent atteinte à la qualité de vie de nos concitoyens les plus défavorisés et marginalisés.

Nous ne saurions tolérer les disparités croissantes qui existent entre ceux de nos concitoyens qui ont tellement et ceux, de plus en plus nombreux, surtout parmi les femmes et les enfants, qui doivent survivre avec si peu. Nous connaissons tous l'étendue de la pauvreté parmi les femmes âgées.

Comme cette situation nous paraît de plus en plus préoccupante, nous nous efforçons d'alerter les élus nationaux et provinciaux, et les députés ont déjà eu l'occasion de prendre connaissance de nos opinions au sujet de la pénurie actuelle des ressources requises pour assurer la santé mentale positive des Canadiens. L'ACTS s'est réjouie de la politique annoncée par le ministre de la Santé en matière de santé mentale, et elle l'encourage à dégager les ressources nécessaires pour appuyer et renforcer les initiatives prises dans tout le pays en matière de santé mentale.

L'ACTS participe également à des négociations positives avec le gouvernement fédéral pour rassembler les ressources qui permettront aux travailleurs sociaux professionnels de participer à la lutte contre l'épidémie dévastatrice du sida.

Grâce aux ressources fédérales, l'ACTS collabore avec les représentants d'autres disciplines à la création et à l'élaboration de réponses sensibles et appropriées destinées aux enfants, aux femmes et aux personnes âgées victimes de violence domestique. Il s'agit du projet interdisciplinaire sur la violence domestique, coordonné par le biais de groupes professionnels nationaux à Ottawa. Ils s'intéressent en particulier aux sévices contre les personnes âgées.

Nos préoccupations sont multiples. L'ACTS se préoccupe bien sûr des tendances budgétaires de l'administration fédérale. Nous avons fait connaître notre opposition à la taxe sur les produits et services, qui, à notre avis, est une taxe régressive qui va surtout toucher les pauvres et les classes laborieuses.

L'ACTS déplore la réduction des programmes autochtones et des programmes des femmes. La décision de rétablir les subventions versées aux principaux centres de femmes dans le pays constitue une mesure positive, mais elle est temporaire et insuffisante. Ces centres sauvent littéralement la vie et la santé mentale de nombreuses femmes et de leurs enfants, et il est important qu'ils continuent d'être subventionnés à l'avenir. Le financement des journaux féministes et des réseaux de communication autochtones est également essentiel. C'est par le biais de tels systèmes de communication que les plus défavorisés de notre société peuvent faire entendre leur voix.

La décision de réduire les fonds accordés au Régime d'assistance publique du Canada, régime qui est le pivot des programmes sociaux canadiens, va causer une souffrance encore plus grande aux enfants pauvres. Il est également

[Text]

and seniors will occur and no badly needed expansions will be possible for programs such as day care. The most disadvantaged groups, such as the poor, women, aboriginal peoples, minority groups, disabled persons and seniors, will suffer greater marginalization and life without dignity through cuts to such essential programs as social housing and legal aid.

These budgetary trends completely fail those in our society who need such services most and have the least ability to express their own needs in a manner that can be heard.

Our statements today on the health care system and its funding are expressed within the context of federal government freezes to established program financing, which will act to weaken the quality of health care for all.

CASW had an earlier opportunity to submit its concerns on the system of health care funding in light of an aging population, in the form of a short, written brief. Today we will highlight these concerns for the standing committee and I would ask Kim Clare if she would briefly review the highlights of our concerns and issues.

Ms Kim Clare (Chairperson, Social Policy Committee, Canadian Association of Social Workers): In its brief to this committee, CASW made comments regarding several of the stated terms of reference. The first area addressed is the aging population and its impact on the health care system. CASW has noted that current methods of financing discourage development of any options to institutionalization, whether or not they are less expensive. A range of alternatives, including innovations and institutional care need to be explored to meet the diverse needs of the individual frail elderly and chronically ill person. No single model, however cost efficient, will provide adequate, appropriate, quality care.

Continuing social research is required to support effective planning in the health field and to restrain planners from precipitous decision-making as a result of incomplete data, inadequate data analysis or premature and thus costly decision-making. Non-medical health professionals, such as social workers, should be active participants in the planning process to ensure a health care system, rather than a medical care system, is evolved. Social workers endorse and encourage consumer participation in this planning process and in the monitoring of the effectiveness of these developments.

We have also commented on the accessibility of various types of health care systems to all regions and categories of people. Our response is that social work believes social interventions must be given support to enhance the health of

[Translation]

question de réduire les services essentiels dont bénéficient les handicapés, les femmes battues, les enfants et les personnes âgées, et les programmes de garderie ne seront pas améliorés, alors que cela serait tellement nécessaire. En outre, la réduction de programmes aussi essentiels que le logement social et l'aide juridique va entraîner une plus grande marginalisation et la déchéance des groupes les plus défavorisés, et notamment les pauvres, les femmes, les autochtones, les groupes minoritaires, les handicapés et les personnes âgées.

De telles tendances budgétaires ignorent complètement ceux d'entre nous qui ont le plus besoin de ces services et le moins de moyens d'exprimer leurs besoins d'une façon qui puisse être entendue.

Il faut replacer les déclarations d'aujourd'hui sur le système de soins de santé et sur son financement dans le contexte de la décision du gouvernement fédéral de geler le financement des programmes établis, ce qui ne peut que nuire à la qualité des soins de santé universels.

L'ACTS a déjà exprimé dans un bref mémoire écrit ses préoccupations quant au financement du système de soins de santé à la lumière du vieillissement de la population. Pour la gouverne du comité permanent, nous aimerions revenir sur les faits saillants de ce mémoire, et je demanderais donc à Kim Clare de prendre la parole.

Mme Kim Clare (présidente, Comité de la politique sociale, Association canadienne des travailleurs sociaux): Dans le mémoire qu'elle a présenté au comité, l'ACTS a formulé des observations sur plusieurs des mandats énoncés. Ce mémoire traite d'abord du vieillissement de la population et de son incidence sur le système de santé. L'ACTS a noté que les méthodes actuelles de financement découragent toute tentative en vue de trouver des solutions de rechange aux soins en établissement, peu importe que celles-ci soient ou non moins coûteuses. Il faut envisager diverses possibilités, y compris des innovations en ce qui a trait aux soins en établissement, pour répondre aux besoins variés des personnes âgées et des malades chroniques. Aucune mesure, si rentable soit-elle, ne peut constituer une solution universelle pour ce qui est de fournir des soins adéquats, appropriés et de qualité.

Il faut poursuivre en permanence les recherches dans le domaine social afin d'assurer une planification efficace dans le domaine de la santé et d'empêcher les planificateurs de prendre des décisions coûteuses fondées sur des données incomplètes ou des analyses de données inadéquates. Les membres du personnel non médical, tels que les travailleurs sociaux, devraient jouer un rôle actif dans le processus de planification afin de faire en sorte que l'on mette sur pied un système de santé plutôt qu'un système de soins médicaux. Les travailleurs sociaux approuvent et encouragent la participation des consommateurs à cette planification ainsi qu'au contrôle de l'efficacité des mesures prises.

Nous faisons ensuite certaines observations sur l'accessibilité de divers services de santé pour toutes les régions et catégories de personnes. Nous estimons que les interventions sociales doivent être appuyées afin de favoriser

[Texte]

individuals, families and communities and that it is dependant upon the special expertise of each discipline. Social workers, with their expertise in the psycho-social aspects of human behaviour, knowledge of resources and systems, expertise in assessment of individuals in their social environments, and expertise in case management play a pivotal role in addressing complex health care needs.

• 1030

Social workers are specialists in matching existing resources to needs, developing new resources, and advocating for effective and efficient use of existing resources. In the arena of non-medical services, such as home care, non-medical health care professionals are the personnel to make such decisions.

Social workers subscribe to the philosophy of making these decisions with the full involvement of the consumer; hence, we endorse the direct access of the consumer to this expertise as part of a comprehensive, insured health service. From our experience in working with the disadvantaged groups that have been identified, we are convinced that unless and until adequate income and housing are provided, health promotion would not be effective.

Health promotion and disease prevention programs must be offered where the disadvantaged groups live, within their cultural context, in their own language, and with their participation in both planning and execution. Any user fee associated with health care constitutes the most serious barrier to access to health and medical services.

A third issue we have discussed is human resources for health care. In this area, we noted that the availability and concentration of highly specialized and highly paid human resources is in the acute care institutional sector of urban centres, where the focus is on the acute episodic medical problems. Given 77% of the health care costs for an individual are consumed in the last six months of life, it is hardly surprising that cost-effectiveness would appear to be inversely related to the availability of health professionals.

The quality of health care delivery does not lie necessarily in the concentration or specialization of the human resources, but rather is dependent upon the availability of medical care resources such as physicians and nurses, and health care resources such as social workers, physiotherapists, and occupational therapists to meet specific needs as defined by the consumer. These resources must be available where the consumer is located, both geographically and situationally, and not be dependent upon an institutional operations base. Thank you.

[Traduction]

la santé des personnes, des familles et des collectivités; nous pensons en outre que l'efficacité de ces interventions repose sur les compétences propres à chaque discipline. Les travailleurs sociaux jouent un rôle prépondérant, pour ce qui est de répondre aux besoins complexe en matière de santé, en raison de leurs compétences relativement aux aspects psychosociaux du comportement humain, de leur connaissance des ressources et du système, ainsi que de leur capacité d'évaluer les personnes dans leur milieu social et d'assumer la gestion de cas.

Les travailleurs sociaux sont des spécialistes pour ce qui est de jumeler les ressources existantes aux besoins précis, de constituer de nouvelles ressources, et de promouvoir l'utilisation efficace et efficiente des moyens en place. En ce qui a trait aux services non médicaux tels que les soins à la maison, c'est aux membres du personnel non médical qu'il appartient de prendre les décisions pertinentes.

Les travailleurs sociaux souscrivent à la philosophie voulant que les décisions soient prises avec la pleine participation des consommateurs; en conséquence, nous prônons l'accès direct, du consommateur à ces compétences, dans le cadre d'un système de santé complet et assuré. Compte tenu de notre expérience avec les groupes défavorisés qui ont été recensés, nous sommes convaincus que tant et aussi longtemps que des sommes et des installations adéquates ne seront pas fournies, la promotion de la santé ne pourra se faire de façon efficace.

La promotion de la santé et de la prévention de la maladie doit se faire là où vivent les groupes défavorisés, dans leur contexte culturel, dans leur langue, et avec leur participation à la planification et à l'exécution de ces activités. Tout frais qui serait proposé relativement aux soins de santé constituerait le plus gros obstacle aux services et aux services médicaux.

Troisièmement, nous discutons des ressources humaines en matière de soins de santé. Dans ce domaine, nous notons que les ressources humaines hautement spécialisées et très payées sont concentrées en milieu institutionnel, aux soins intensifs, dans les centres urbains où l'on se préoccupe des problèmes médicaux graves et ponctuels. Compte tenu du fait que 77 p. 100 des coûts des soins de santé dispensés à une personne sont engagés dans les six derniers mois de la vie de cette personne, il n'est pas surprenant que la rentabilité des soins semble inversement proportionnelle à la disponibilité des professionnels de la santé.

La qualité des soins dispensés n'est pas nécessairement fonction de la concentration ou de la spécialisation des ressources humaines, mais plutôt de la disponibilité des ressources médicales, par exemple les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les thérapeutes, pour répondre aux besoins précis du consommateur. Ces ressources doivent être disponibles là où le consommateur se trouve et ne doivent pas être liées à la base opérationnelle d'une institution. Merci.

[Text]

Ms MacDougall: Those are the comments we would put forward for discussion. I would again like to say how much we appreciate the opportunity to meet with you, and that we have been acting as a partner with government in initiatives. We would look forward to continuing to work together, and to be available for consultation on matters related to health and social service issues.

It is our aim to work to ensure a positive standard of living for all Canadians, and hence our interest in chatting with you this morning. Thank you.

The Chairman: Thank you very much. I appreciate the presentation you have made. We will move into questions.

Mrs. Clancy: I also will take another moment to welcome the Canadian Association of Social Workers, and perhaps most particularly Gail MacDougall. As I think you know, Ms MacDougall is also a Haligonian, so not only are Nova Scotians taking over the world, but Nova Scotia women are taking over the world. I am delighted to welcome you here today and to hear your presentation.

The whole area we are looking at here in this committee is the changing face—what should be the changing face—of the approach to health care. The role of the social worker is, I agree with you, pivotal. Given it is now the norm to have social workers on staff in hospitals, what do you yourselves think of the team approach, if I can call it that, to health care? Do you like the manner in which it is evolving, or do you think it is still moving too slowly and that there is too much emphasis on acute-care-givers as opposed to other members of what we could call the health care professional team?

• 1035

Ms MacDougall: I think the concept of team work in provision of health and social services has been around for a very long time. I personally worked in and taught in the Department of Family Medicine at Dalhousie for 15 years and daily laboured with colleagues to have a health care team that was balanced and with people being equal parties, where the skills and background were recognized and no one owned it. I think it is a very difficult thing in the kind of system we have now, which is illness focused, where doctors do certain things, nurses do certain things, and social workers do different things.

I do not see that we have reached nirvana in terms of team building. I think there are issues of professional turf: they cannot do this, we should do that; no, you cannot do that, only doctors can do this; nurses do that; social workers, you get the discharge plan in place. If we are going to take an approach that recognizes and encourages the most thorough assessment and access of service to our patients or clients, we are going to have to move to be much more open with each other and become patient-or client-centred in our deliberations, not always worrying about who is going to do this and who is going to sign this paper. But we may need to redefine the nature of service we are going to put in place and to be partners in that respect.

[Translation]

Mme MacDougall: Voilà les commentaires dont nous aimerions discuter. J'aimerais vous dire à nouveau combien nous apprécions l'occasion de vous rencontrer. Nous avons collaboré avec le gouvernement pour de nombreuses initiatives. Nous espérons que nous continuerons à collaborer et à être consultés sur des questions touchant les services sociaux et les services de santé.

Notre objectif consiste à assurer à tous les Canadiens un niveau de vie décent, et c'est pourquoi nous sommes intéressées à discuter avec vous ce matin. Merci.

Le président: Merci beaucoup. Je vous remercie de votre exposé. Nous allons passer aux questions.

Mme Clancy: J'aimerais prendre quelques minutes pour souhaiter la bienvenue à l'Association canadienne des travailleurs sociaux, et surtout à Gail MacDougall. Comme vous le savez, M^{me} MacDougall vient elle aussi de Halifax. Ce ne sont plus seulement les habitants, mais aussi les habitantes de la Nouvelle-Écosse qui se lancent à la conquête du monde. Je suis très heureuse de vous souhaiter la bienvenue ici et je vous remercie de votre exposé.

Notre comité étudie la mutation des soins de santé. Je conviens comme vous que les travailleurs sociaux ont un rôle central à jouer. Étant donné qu'il est normal de trouver des travailleurs sociaux parmi le personnel des hôpitaux, que pensez-vous d'une approche des soins de santé en équipe, si je puis dire? Aimez-vous la façon dont les soins de santé évoluent, ou bien pensez-vous que les choses bougent trop lentement et qu'on continue de donner trop d'importance aux dispensateurs de soins aigus par rapport aux autres membres de ce que j'appellerais l'équipe des professionnels de la santé?

Mme MacDougall: Cela fait très longtemps que l'on parle de ce concept de travail d'équipe pour la prestation des services de santé et des services sociaux. J'ai personnellement travaillé et enseigné pendant quinze ans au département de médecine familiale de Dalhousie. Chaque jour, nous nous sommes battus avec certains collègues pour mettre sur pied une équipe de soins de santé équilibrée dont tous les membres seraient égaux et où les connaissances et l'expérience de chacun seraient connues. C'est très difficile, vu le système qui est le nôtre, système qui est polarisé sur la maladie, et où médecins, infirmières et travailleurs sociaux ont des rôles déterminés.

Pour ce qui est du travail en équipe, la situation est loin d'être idéale. Il y a un problème de chasse gardée professionnelle: Ils ne peuvent pas faire ceci, nous devrions faire cela; non, vous ne pouvez pas faire cela, seuls les médecins le peuvent; les infirmières font ci et les travailleurs sociaux font ça. Bref, le plan de répartition des tâches est en place. Si nous voulons adopter une démarche qui reconnaisse et encourage l'évaluation approfondie du service que nous offrons à nos patients ou clients et favorise leur accès à ces services, nous devons être beaucoup plus ouverts les uns vis-à-vis des autres et axer nos délibérations vers les malades ou les clients, au lieu de nous préoccuper sans cesse de qui doit faire quoi et qui doit signer tel papier. Ce qu'il faut, c'est redéfinir la nature des services que nous voulons offrir en collaboration les uns avec les autres.

[Texte]

The whole area of team building in the community, because we work not only in institutions, but very much in community, is another area that requires as much patience and skill and commitment as it does in institutions. To get a diverse group of community agencies to work together and to co-ordinate the input and services of professionals providing direct service is an extremely complex area. Sometimes when you are trying to arrange service for a patient or a client you are wondering where they fit in in all of this because we are involved in so much politics to arrange and deliver the service.

My goal would be that we come to an approach where we work very realistically, frankly, and openly together with mutual respect. It is a long way to say that we are not all there. But I would ask Sandy if she would comment on that a little further. She works in the Freeport Hospital in Kitchener, which is providing care.

Ms Sandy Campbell (Member, Canadian Association of Social Workers; President, Mid-Western Branch of the Ontario Association of Professional Social Workers): There are a couple of points I would like to make. One is that working in chronic care in social work and in other professions as well is often seen as kind of a ghetto. The belief is that older people cannot change, that they are just going to get worse, so some of the higher level therapists, whether social work therapists or physiotherapists, may see their job as being less meaningful. I think that has to change. And we have to take an active role in educating people and raising the profile of the kinds of skills that are needed in this field, because it is a unique set of skills that is required. It is not a minimal set of skills, as has been believed.

I think, as Gail does, that we have to focus on the whole patient and on strengths rather than disabilities. The health care system traditionally looks at disabilities and problems, and that has always been the way of thinking. But with older people that is fraught with problems. What happens if we focus on the problems is we end up instituting fairly expensive solutions, whereas if we focused on the strengths the older person has left and try to build on those strengths and reinforce them as much as we can with services, to focus on the person and all of their needs rather than just their health care needs, it would probably be more cost-efficient.

Mrs. Clancy: Certainly the legal profession is as hierarchical and patriarchal as any. But one example where I have seen the integration of the various professionals is Dalhousie Legal Aid, with which I think you, Gail, would be familiar, where there are social workers, lawyers and various other professionals. Indeed, I understand there has been an outreach. I came off the board several years ago of the North End Community Clinic, which is mainly a medical community

[Traduction]

Nous ne travaillons pas seulement en établissement, mais aussi dans la communauté, et le travail d'équipe au niveau communautaire exige autant de patience, de dévouement et d'expérience qu'en institution. Il est extrêmement complexe pour un groupe diversifié d'organismes communautaires de réussir à collaborer et à coordonner les services et la participation de tous les professionnels qui offrent des services directs. Lorsque vous essayez d'organiser la prestation de services pour un patient ou client, l'organisation et la prestation du service sont devenues tellement politisées que l'on se demande parfois où se trouve le patient dans tout cela.

Mon objectif serait de réussir à travailler de façon très réaliste, franche, et ouverte, dans un sentiment de respect mutuel. Nous en sommes encore bien loin. Cependant, j'aimerais demander à Sandy si elle souhaite faire d'autres remarques. Elle travaille à l'hôpital Freeport de Kitchener.

Mme Sandy Campbell (membre, Association canadienne des travailleurs sociaux; présidente, Mid-Western Branch of the Ontario Association of Professional Social Workers): J'aimerais faire une ou deux observations. Premièrement, on a souvent l'impression que ceux qui travaillent dans le domaine des soins chroniques, qu'il s'agisse de travailleurs sociaux ou d'autres professionnels, travaillent un peu dans un ghetto. On considère que les personnes âgées ne peuvent pas changer et que la situation ne peut que s'aggraver. Certains thérapeutes de très haut niveau, que ce soit des thérapeutes en travail social ou des physiothérapeutes, peuvent trouver moins de sens à leur travail. Je crois que tout cela doit changer. Nous devons jouer un rôle actif pour informer les gens et revaloriser les compétences nécessaires dans ce domaine, car elles sont bien particulières. Il ne s'agit pas de compétences minimales, comme on a eu tendance à le croire.

Comme Gail, je crois que nous devons voir davantage le patient en tant que personne et nous concentrer sur ses forces plutôt que sur ses faiblesses. Traditionnellement, le système des soins de santé s'intéresse aux faiblesses et aux problèmes, et c'est un peu la mentalité qui prévaut. Avec les personnes âgées, les difficultés sont d'une autre nature. Lorsque nous nous concentrons sur les problèmes, nous finissons par instituer des solutions relativement coûteuses, alors que si nous considérons surtout les forces qui restent aux personnes âgées et si nous essayons de les exploiter et de les renforcer autant que nous le pouvons grâce à des services, et si nous nous concentrons sur la personne et sur l'ensemble de ses besoins plutôt que sur ses seuls besoins de soins de santé, cela reviendra probablement moins cher.

Mme Clancy: Il est certain que la profession juridique est aussi hiérarchisée et patriarcale que les autres. Cependant, j'ai vu une expérience réussie d'intégration des différents professionnels: il s'agit de l'Aide juridique de Dalhousie, que vous connaissez sans doute, Gail. Des travailleurs sociaux, des avocats et plusieurs autres professionnels travaillent ensemble. En réalité, je crois qu'il y a eu une ouverture. Il y a plusieurs années, j'ai fait partie du

[Text]

clinic, staffed, I might add with the greatest of respect, almost totally by women doctors. I think that approach is perhaps beginning there, but I am wondering if that is the kind of thing Dalhousie Legal Aid is working toward, the North End Community Clinic is working toward, and the kind of thing you are talking about as well.

• 1040

Ms MacDougall: I would think so. I think one of the things around points of access to service is that we are saying we want to ensure that seniors are treated with dignity and respect and are able to maintain their independence and place and position in the community as long as it is at all possible, that excessive use of institutionalization, which can be seen as a quick solution... You have a problem with mother, she is incontinent, she is this or that. I think in the past sometimes people have been whipped into institutions without a full health assessment. We know that certain problems can be treated medically. Good health care, good medical care can restore people to a good level of functioning and we need to keep them back in the community.

I think we need to work to this as a goal. That means we are going to be out in the communities working to support individuals and families and we are going to need to establish networks of services. There are many existing services, but I think what is not in place is an effective model to bring people together in a united, focused way to support.

The example of Dalhousie Legal Aid working with the North End Community Clinic is a good one. They are not all the same, it is not a mega-agency. There are different agencies, but a model is evolving there that will respond and provide the care in the community. Was it not in the 1960s the discussions about the community health care clinics...?

Mr. Halliday: It was 1971.

Ms MacDougall: Yes, it was in 1971. We were going to develop a national system with nurse practitioners as the front-line screeners, bring people in. I think we need to re-examine our model of health care system and the values inherent in such a system. If we are looking to take away from people their responsibility and their place in the community, yes, we will build more institutions. We will put them away out of sight. If we believe that our citizens of all ages should be active, involved and responsible in their community and family life, then we are going to have to look at different models of health care. It is going to demand that we all put out on the table what our interests are, how we can work together, and how we can best meet those needs.

In institutions we see fragmented teamwork. We see, as I say, an awful lot of people very worried about who is going to do what. In a model of institutional care, we are going to have to examine what our values are in this system and how we can work together about it.

[Translation]

conseil d'administration de la clinique communautaire du North End. Il s'agit essentiellement d'une clinique communautaire médicale où il n'y a presque que des femmes médecins, et je dis cela avec le plus grand respect. C'est peut-être un début, mais je me demande si c'est à cela que tendent l'Aide juridique de Dalhousie, la clinique communautaire du North End et vous-mêmes.

Mme MacDougall: Je l'espère. Quand on parle d'accès aux services, nous voulons permettre aux personnes âgées d'être traitées avec dignité et respect afin qu'elles puissent maintenir le plus longtemps possible leur indépendance, leur place et leur situation dans la communauté. Nous pensons qu'il existe une tendance excessive à la mise en établissement, ce qui peut parfois être considéré comme une solution rapide... Si votre mère souffre d'incontinence, par exemple, pourquoi ne pas la mettre dans un établissement? Dans le passé, cela s'est souvent fait sans rapport médical complet. Nous savons que certains problèmes peuvent être traités médicalement. De bons soins de santé et de bons soins médicaux peuvent permettre à certains de fonctionner de nouveau à un niveau satisfaisant, et nous avons besoin d'eux dans la communauté.

C'est vers cet objectif que nous devons tendre. Cela signifie que nous devons travailler au niveau des communautés pour aider les individus et les familles. Nous devons établir des réseaux de services. De nombreux services existent déjà, mais il n'existe aucun modèle efficace permettant de rassembler les gens autour d'une conception unie et centrée de la santé.

L'exemple de la collaboration entre l'Aide juridique de Dalhousie et la clinique communautaire du North End est un bon exemple. Il ne s'agit pas d'un organisme gigantesque, mais tous les organismes ne se ressemblent pas. Cependant, on est en train d'élaborer un modèle qui permettra de dispenser des soins au niveau de la communauté. N'est-ce pas au cours des années 60 que l'on a discuté des cliniques communautaires de soins de santé...?

M. Halliday: C'était en 1971.

Mme MacDougall: Oui, c'était en 1971. Nous allons mettre en place un système national dans lequel les infirmières se trouveront sur la ligne de front. Nous devons réexaminer notre modèle de soins de santé ainsi que les valeurs inhérentes à ce modèle. Si nous voulons déresponsabiliser les gens et leur refuser une place dans la communauté, alors oui, bâtissons davantage d'établissements. Qu'ils disparaissent de notre vue. Si nous pensons que tous les citoyens canadiens, quel que soit leur âge, devraient être actifs, engagés et responsables dans leur communauté et dans leur vie de famille, alors il faudra envisager de nouveaux modèles de soins de santé. Il faudra que nous mettions sur la table tous nos intérêts et que nous discutons de la façon de travailler ensemble pour répondre au mieux à ces besoins.

Dans les établissements de santé, le travail d'équipe est très fragmenté. Nous voyons beaucoup de gens qui se préoccupent de savoir qui va faire quoi. Nous devons examiner les valeurs inhérentes à notre modèle de soins institutionnels et nous demander comment nous pouvons ensemble les modifier.

[Texte]

I am here to represent a professional association. I am concerned about the role of social workers, how we are viewed and what we do, but I am also very concerned about the model of care and the way in which our citizens are treated in these huge systems we are developing.

Ms Campbell: I think we also need integration between health care and some of the other models, such as social services. Right now, I think older people are often forced to choose. Are they going to be served by health or are they going to be served by social services? If they choose health care, they must stay sick in order to get the services. That cannot work very well. We need something that integrates, so that they can flow easily back and forth. They can get their health care services, their small little health care service they may need, and they can quickly revert back into the social service network where the focus is more on wellness. I think that is an important part of teamwork.

Mrs. Clancy: Thank you very much.

The Chairman: Thank you very much. Mrs. Clancy, I gather you are going to have to leave. Today I am probably flaunting the rules of parliamentary process. Perhaps you can stay in spirit.

Mrs. Clancy: I am staying in spirit, yes. I am trying madly to get a substitute, but there are estimates at other committees and some of my colleagues are away on other business.

• 1045

The Chairman: We have been made well aware of that, and we will continue as long as members wish to ask questions.

Ms Greene: I was very interested in your statement that 77% of health care costs for an individual are consumed in the last six months of life. I am wondering where these data are from and whether you could give us some more information about that. What proportion of elderly people are we talking about? With respect to the funding of the health care system, are there potential savings in the way these people are being treated? Are we talking about people on life-support systems or in some kind of state that requires intensive care? Could you expand on that?

Ms MacDougall: I am sorry it was not referenced in the brief, but we can get that for you. I guess it relates to the fact that acute health care becomes extremely expensive. If in the final time of one's life, one is institutionalized or requires intensive treatment in hospital, that requires a very large cost. The per diem is extremely high, so if you require intensive care, the costs are going to go up.

Many people are not heavy users of the health care system. They are maintained through health care that is less costly, but acute illness really takes its toll financially. Our goal would be, with prevention and education, to minimize

[Traduction]

Je suis ici pour représenter une association professionnelle. Je m'inquiète beaucoup du rôle des travailleurs sociaux, de leur rôle perçu et de leur rôle réel. Mais je suis également très préoccupée par le modèle de soins qui est le nôtre et par la façon dont nos citoyens sont traités dans ces énormes systèmes que nous mettons en place.

Mme Campbell: Il faut également procéder à l'intégration des soins de santé et de certains autres modèles, notamment les services sociaux. À l'heure actuelle, les personnes âgées sont souvent obligées de choisir. Vont-elles recevoir des soins de santé ou bien des services sociaux? Si elles optent pour les soins de santé, il faut qu'elles soient et restent malades. Cela ne peut pas très bien marcher. Nous avons besoin d'un système intégratif, afin que les gens puissent y entrer et en sortir facilement. Il faut qu'ils puissent bénéficier des services de soins de santé dont ils ont besoin, mais qu'ils puissent rapidement se réintégrer dans le réseau des services sociaux, où on insiste sur le bien-être plutôt que sur la maladie. C'est là une partie importante du travail d'équipe.

Mme Clancy: Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup. Madame Clancy, je crois comprendre que vous devez partir. Je vais probablement devoir oublier les règles de la procédure parlementaire aujourd'hui. Vous pourriez peut-être rester avec nous en esprit.

Mme Clancy: Je resterai avec vous en esprit. J'ai essayé de toutes mes forces de me faire remplacer, mais le budget est à l'étude dans d'autres comités, et certains de mes collègues ont à faire ailleurs.

Le président: Nous le savons et nous continuerons tant que les députés auront des questions à poser.

Mme Greene: Vous avez dit que 77 p. 100 des coûts des soins de santé dispensés à une personne sont engagés dans les six derniers mois de la vie de cette personne. Je trouve cela très intéressant. Pourriez-vous nous dire d'où viennent ces données et les préciser un peu. Que signifie ce pourcentage? Quant au financement du système de soins de santé, y a-t-il des économies à réaliser au niveau du traitement des personnes âgées? Voulez-vous parler des personnes dont l'état exige des soins intensifs ou des équipements de survie? Pourriez-vous préciser?

Mme MacDougall: Je suis désolée que cette référence ne se trouve pas dans notre mémoire, mais nous pourrions obtenir ces renseignements. Cela tient au fait que les soins de santé aigus deviennent extrêmement coûteux. Lorsqu'une personne est admise vers la fin de sa vie dans un établissement de santé ou bien exige un traitement intensif en hôpital, cela coûte très cher. Le coût de la prise en charge journalière est très élevé et, si vous avez besoin en plus de soins intensifs, les coûts deviennent exorbitants.

Beaucoup de gens n'utilisent pas beaucoup le système des soins de santé. Ils dépensent le moins possible au chapitre de la santé. Par contre, les maladies aiguës représentent un véritable fardeau financier. Grâce à la prévention et à

[Text]

the need for intense treatment, to keep people active, and to provide the medical care they need in the community at a lesser cost. I do not know if we can avoid it in the last six months of life.

Ms Greene: Are the costs not going to escalate? Our population is aging dramatically. We may have no money left at all. We are already facing a bit of a financial crisis.

Ms Campbell: I think part of what we are dealing with here is the preventative role that social work can take. Often something may look like a medical problem but be psycho-socially based. If we can get in there earlier, we can do some prevention. Maybe we could facilitate the use of a community service that might delay that institutionalization. Often people go into acute hospitals when maybe that is not exactly what is needed. Maybe they need to go into extended care or some other kind of service that could serve just as well. What often happens is that they go to the acute hospital and they sit and wait for whatever the appropriate service level is.

Mme Gabrielle Bertrand (députée de Brome—Missisquoi): Merci, monsieur le président.

• 1050

En vous écoutant attentivement, je me posais la question suivante. D'une part, vous semblez nous livrer un message, car vous semblez être ici pour plaider la cause des personnes âgées ou des personnes les plus défavorisées. Et d'autre part, je me demande si vous êtes ici aussi pour nous parler de vos problèmes à vous, ceux de votre association, de vos membres. Est-ce qu'il y a deux volets à votre présentation d'aujourd'hui?

Ma deuxième question concerne la distribution de vos services: Est-ce que c'est différent d'une province à l'autre? Vous comprendrez qu'en tant que membres du Comité, nous connaissons bien la façon dont les programmes de santé sont administrés dans chacune de nos provinces, et c'est souvent très différent. Par exemple, au Québec nous avons les CLSC, les centres de services locaux communautaires qui n'existent peut-être pas sous la même forme dans d'autres provinces. En un mot, ma question est la suivante: Quand vous nous présentez vos préoccupations, est-ce qu'il est possible de faire la différence entre les provinces? Est-ce que les problèmes sont différents d'une province à l'autre?

Ms MacDougall: Sandy, do you want to comment on that?

Ms Campbell: I am not sure. I need a minute to think.

Mme Bertrand: Par exemple, est-ce que vous êtes bien regroupés au Québec? Y avez-vous beaucoup de membres?

Ms MacDougall: We are a federated structure, so social workers in Quebec are represented by the Corporation of Professional Social Workers of Quebec. Likewise, in each province there are provincial organizations of social work. As

[Translation]

l'éducation, nous souhaiterions réduire au minimum les cas où un traitement intensif est nécessaire, encourager les gens à rester actifs et leur offrir à moindre coût dans la communauté les soins médicaux dont ils ont besoin. Lorsqu'il ne reste plus que six mois à vivre, je ne suis pas sûre que l'on puisse y arriver.

Mme Greene: Tous ces coûts ne vont-ils pas flamber? Le vieillissement de la population canadienne s'accroît. Il ne nous restera peut-être plus d'argent. Nous sommes déjà confrontés à une crise financière grave.

Mme Campbell: Il s'agit ici du rôle de prévention que peut jouer le travailleur social. Certains problèmes que l'on considère comme des problèmes médicaux sont en fait des problèmes psycho-sociaux. En intervenant plus tôt, nous pouvons faire de la prévention. Nous pourrions peut-être faciliter le recours à un service communautaire susceptible de retarder la mise en établissement. Très souvent, les gens sont admis dans des services de soins aigus alors que ce n'est pas exactement ce dont ils ont besoin. Peut-être vaudrait-il mieux qu'ils bénéficient de soins élargis ou encore d'autres services. Ce qui se passe souvent, c'est qu'une fois admis dans un service hospitalier de soins aigus, ils n'ont plus qu'à attendre que leur soient prodigués les soins dont ils ont besoin.

Mrs. Gabrielle Bertrand (Brome—Missisquoi): Thank you, Mr. Chairman.

As I listened carefully to your presentation, the following question came to mind: on the one hand, you seem to be trying to convey a message to us today, in that you have spoken in defence of the elderly and the disadvantaged. I'm also wondering, though, whether part of your reason for being here is not also to discuss your specific problems—those of your members and your association. Am I right in thinking that you made really a twofold presentation today?

My second question has to do with the delivery of your services. Does this differ from one province to the next? I'm sure you will understand that as members of this committee, we have a good understanding of the way in which health programs are administered in our own individual provinces, and that there are often quite significant differences between provinces. For instance, in Quebec, we have local community service centres, known as CLSC, that may not exist in quite the same form in other provinces. So, my question is this, with respect to the concerns you have brought forward, does the situation differ from one province to the next? In other words, do the problems change depending on the province?

Mme MacDougall: Sandy, voulez-vous répondre à cette question?

Mme Campbell: Je ne sais pas. J'aimerais y réfléchir un peu.

Mrs. Bertrand: For instance, is your association active in Quebec? Do you have many members there?

Mme MacDougall: Nous formons une fédération, et les travailleurs sociaux au Québec sont représentés par la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec. Parallèlement, il existe, dans chaque province, un

[Texte]

a federation we speak for the profession collectively at the national and international level. There are differences in service delivery in each province and you do have a very different approach in Quebec to the delivery of community services than in other provinces.

Ms Bertrand: Does it work better?

Ms MacDougall: I have always been intrigued by the model in Quebec. I am not speaking from the knowledge of having worked in your system, but I do hear mixed reviews of it. Some people feel good about it and other people are concerned about an increasing bureaucracy and concerns with costs and that kind of thing. I think those are concerns that go across the country.

I think it is fair to say in many provinces there is a very clear division between the delivery of health care and social service programs. Social workers see this very clearly because we work in both systems. Social workers provide direct treatment services and assessment services in health care facilities and in hospital systems, etc. We also see from the community end the needs as they exist in the community. So we see both sides and we see, I think, very clearly and perhaps more than other professionals the interface between the two systems and how individuals and families seeking service get caught in the interplay between the health care system and the social service system.

That is very difficult for families, because they do not understand the bureaucratic set-up and why you must go to one place to get a service covered and go to another system to get another service.

I cannot be specific about each province, but generally the division that we have between health and social services or community services is problematic for people as they try to get services that may be there.

Mme Bertrand: Par ailleurs, on discutait précédemment avec l'Association des infirmières des frais additionnels que causait l'évaluation d'un patient par les médecins. Regardez chez nous, l'entrée d'une personne âgée dans un centre d'accueil ou dans un foyer d'accueil se fait par le biais des travailleurs sociaux. Donc, ce n'est pas le médecin qui décide. Bien sûr, on n'exige une formule médicale ou une appréciation du médecin familial, mais ce sont les travailleurs sociaux qui évaluent si la personne âgée doit entrer en institution ou pas. Il y a des étapes à franchir, et je pense que ça fonctionne assez bien.

• 1055

Pour ne pas prendre trop de temps, j'ai été surprise tout à l'heure, et peinée aussi, de voir votre commentaire sur la TPS. J'espère que vous avez bien étudié cette taxe, parce que lorsque vous dites que c'est une mesure régressive, nous croyons plutôt que c'est le système actuel qui est régressif et que ça sera le contraire dans le futur. On a surtout pensé aux personnes les plus démunies. Je n'ai pas de chiffres en tête—et peut-être que mes collègues pourraient m'aider—,

[Traduction]

organisme provincial qui représente les travailleurs sociaux. En tant que fédération, nous travaillons pour l'ensemble de la profession au niveau national et international. La distribution des services n'est pas la même dans chaque province, et il est vrai que l'approche qu'on a adoptée au Québec est très différente de celle d'autres provinces.

Mme Bertrand: Est-elle plus efficace?

Mme MacDougall: J'avoue que le modèle québécois m'a toujours intriguée. Je ne prétends pas connaître votre système, puisque je n'ai jamais travaillé dans votre province, mais d'après ce que j'ai entendu dire, les avis sont partagés là-dessus. Certains le trouvent bon, alors que d'autres s'inquiètent face à la bureaucratie grandissante et aux coûts qu'engendre ce système. Mais je pense que de telles critiques sont formulées à l'égard de la distribution des services un peu partout au pays.

Je pense qu'il serait juste de dire que dans bon nombre de provinces, il y a une nette séparation entre les soins de santé et les services sociaux. Les travailleurs sociaux en sont très conscients parce qu'ils ont un rôle à jouer dans les deux systèmes. Les travailleurs sociaux dispensent des traitements et des services d'évaluation directs dans les établissements hospitaliers, et en même temps, ils travaillent dans la collectivité, et comprennent bien quels sont ses besoins. Ainsi nous voyons les deux côtés de la médaille et, peut-être plus que d'autres professionnels, l'interface entre les deux systèmes; nous sommes donc bien placés pour constater aussi que la séparation de ces deux régimes fait parfois des victimes parmi ceux qui cherchent à obtenir certains services.

C'est souvent très difficile pour les familles, car elles ne comprennent pas la structure bureaucratique, ni pourquoi il faut recourir à deux systèmes différents pour obtenir un service assuré.

Je ne peux pas vous parler de la situation dans chaque province, mais d'une manière générale, il est certain que la séparation entre le régime de soins et le système de services sociaux ou communautaires cause beaucoup de problèmes pour ceux qui essaient d'obtenir des services.

Mrs. Bertrand: Earlier, in our discussion with the previous witness, the Nurses' Association, we talked about the additional cost of having a patient assessed by a doctor. In my home province, the elderly are admitted to rest homes through a social worker. In other words, the doctor is not the one to make the decision. Of course, a medical form or assessment has to be provided by the family doctor, say, but it is up to the social worker to determine whether that particular person should be institutionalized or not. There are various stages to the process, and I believe it works fairly well.

I don't want to take up too much time, but I must say I was surprised and distressed as well to hear your comments earlier regarding the GST. I do hope you have actually studied the way in which the tax will work, because even though you say it's a regressive measure, we believe that it is in fact the current system that is regressive and that the new tax will change all that—particularly as far as the disadvantaged are concerned. I'm afraid I can't recall the

[Text]

mais la preuve est faite que les gens dans le besoin seront certainement beaucoup mieux après, qu'avant l'existence de cette taxe. Alors, je ne voudrais pas que vous ayez une fausse impression de cette nouvelle mesure, parce que je crois que vous vous trompez dans l'évaluation de notre projet de loi, à moins que vous ne fassiez la preuve du contraire.

Ms MacDougall: I appreciate your comments about that. We may end up agreeing to disagree. I think time will tell how the impact of the goods and services tax will play out.

Just briefly, I think the areas of concern that we have with the poor and the GST are we do not know whether the amount of the—

Mrs. Bertrand: Tax credit?

Ms MacDougall: —yes, whether those payments will be adequate to cover off what it will cost. We also do not know if in each province the provincial government will be considering these rebates to be part of the social assistance payments. I am not thinking just of the elderly, but also of families. In some provinces under municipal social assistance and provincial assistance, other sources of income are deducted against that, so people never get further ahead.

In doing a budget for a family, for example, family allowance is factored into that. In Nova Scotia, the Nova Scotia Association of Social Workers did two studies of municipal social assistance rates. People are still in very serious poverty, and we are not sure that the rebate system, for example, is going to address that adequately. That is not just the goods and services tax; that has to do with the inadequate moneys that are given to seniors and families and single parents to raise their families and to live in society. They do not even meet the poverty rates for the areas. We are concerned about the impact of any taxation and unemployment. But that is another topic.

We do have concerns also about access to service. With the goods and services tax, for example, if my daughter is in difficulty and I require counselling for her and I go to our local child guidance centre in Halifax and say I need to have counselling very quickly because my daughter is experiencing some serious difficulties, they will say: Thank you very much, Mrs. MacDougall, we will see her in September. So I have three to four months during which I cannot gain access to an appropriate counselling service for my adolescent daughter.

[Translation]

exact figures—and perhaps my colleagues could help me with that—but it has been proven that people in need will be much better off once the new tax comes into effect. So, I wouldn't want you to have a mistaken impression of what the impact of this new measure will be, because I believe that your assessment of it is inaccurate, unless you can prove the contrary.

Mme MacDougall: Je comprends très bien votre point de vue, mais je ne pense pas que nous allons pouvoir nous mettre d'accord là-dessus. Nous ne saurons le véritable impact de la taxe sur les produits et services qu'avec le temps.

Très brièvement, j'aimerais vous dire que nos inquiétudes au sujet de la TPS et de son incidence sur les pauvres concernent l'impossibilité de savoir si la somme qui sera payable sous forme de. . .

Mme Bertrand: Crédit d'impôt?

Mme MacDougall: . . .oui, sera suffisante pour couvrir le véritable coût de la taxe. Nous ne savons toujours pas non plus si les gouvernements provinciaux vont considérer que ces remises font partie des prestations d'assistance sociale. Là, je ne songe pas uniquement aux personnes âgées, mais aussi, aux familles. Dans certaines provinces, les régimes municipaux et provinciaux d'assistance sociale prévoient la défalcation d'autres sources de revenus, et si c'est le cas, les gens ne seront pas plus avancés.

Quand on établit le budget d'une famille, par exemple, on tient compte des allocations familiales. En Nouvelle-Écosse, l'Association des travailleurs sociaux de la Nouvelle-Écosse a fait deux études des tarifs municipaux d'assistance sociale. Le fait est que les gens vivent toujours dans l'indigence la plus profonde, et il n'est pas clair que le système de remise ou de ristourne, par exemple, règle vraiment ce problème. Et là, je ne parle pas uniquement de la taxe sur les produits et services; je parle aussi du fait que l'argent qu'on accorde aux personnes âgées, aux familles et aux parents seuls n'est pas suffisant pour qu'ils puissent élever adéquatement leur famille et vivre en société. Les sommes qu'on leur accorde ne leur permettent même pas d'être au seuil de la pauvreté dans cette région-là. Nous nous inquiétons donc de l'incidence de toute nouvelle mesure fiscale et du chômage. Mais ça, c'est une autre histoire.

Nous nous préoccupons également de son incidence sur l'accès aux services. Une fois que la taxe sur les produits et services sera en vigueur, si ma fille a des problèmes et a besoin de conseils ou d'assistance socio-psychologique, et que je me présente au centre local à Halifax en leur disant qu'il lui faut ces services très rapidement en raison de la nature de ses problèmes, ils vont me répondre: Très bien, madame MacDougall, nous pourrons la voir en septembre. Donc, j'aurai à attendre entre trois et quatre mois avant de pouvoir obtenir les services dont ma fille adolescente a besoin.

[Texte]

I am distressed. I want service. How am I going to get it? I choose to go through the public system, but I cannot do that. I cannot get access to the service. I then have to turn to alternate service. I want a counsellor. I go to a clinical social worker for counselling and I am going to have to pay a goods and services tax on the fees that I pay to that counsellor, that therapist, who provides acute service to my child.

The psychologists have been given an exemption, but not clinical social workers. There is inequity there. If I am the client and I am a working poor and I want a service for my child, and that is the one who cares for adolescents in this particular problem, then that is an additional 7% that I as a parent must pay out. That amount of money may make a difference for me, particularly if it goes on over a period of time.

There are areas where we have concerns. But I understand and I have heard the other arguments. From our experience and the way we see the system working, we would raise those questions and feel they need to be answered.

• 1100

Mr. Halliday: First of all, I want to welcome our witnesses, because my background is not strange to you folks. If not the past president of your association, my father was past president of the Ontario one. I forget which it was. My first cousin, who was trained as a nurse and social worker, became the first social worker nurse in the Toronto General Hospital back in the 1940s. So I have a lot of sympathy with where you are coming from.

Furthermore, I was very much involved at the executive level of the College of Family Physicians when your family practice training school was set up in Dalhousie when a nurse practitioner's course was there. I am disappointed it has been dropped, has it not?

Ms MacDougall: I am not sure.

Mr. Halliday: I think it has. That nurse practitioner's course had a lot of potential, but the problem was of course funding at the provincial level. This is why it failed.

Although some of my questions appear very reactionary, I do not come at it for the background of the nature. It is the very opposite, actually. I do have some concerns. I better get onto the subject of GST first, because I get quite bothered when groups such as yours come out adamantly against the GST being a regressive tax. My reason is that I never heard you or your sister organizations come out against the federal sales tax or the manufacturers sales tax. That was really regressive, because there was no compensation provided to the consumer. It was built into every single item we bought, yet never once did you people or your sister groups come out against it as being a regressive tax. It upsets me that you suddenly get on the bandwagon with certain political groups, because it is *au fait* and it is the proper thing to criticize the GST.

[Traduction]

Mettons que je sois vraiment en difficulté, que j'aie besoin de services. Que faire pour les obtenir? Si je décide de passer par le système public, je ne peux pas les obtenir. Ces services ne me sont pas accessibles. Je suis donc obligée d'essayer de trouver une solution de rechange. J'essaie donc de trouver un conseiller. Je m'adresse à un travailleur social qui travaille en clinique et à ce moment-là, je dois payer la taxe sur les produits et services sur les honoraires de ce conseiller ou thérapeute qui va soigner mon enfant.

On a cru bon d'accorder une exemption aux psychologues, mais non aux travailleurs sociaux-cliniciens. C'est tout à fait injuste. Si je suis une cliente pauvre qui essaie d'obtenir des services pour mon enfant, et c'est justement des conseillers de ce genre qui soignent les adolescents en difficulté, je dois, à ce moment-là, payer 7 p. 100 de plus. Dans mon cas, ça peut faire une sacrée différence, surtout si ça dure longtemps.

Voilà donc nos quelques préoccupations. Mais je comprends très bien votre argument, et les arguments d'autres sur la même question. D'après notre expérience et d'après ce que nous voyons du fonctionnement du système, j'estime que ce sont des questions que nous devrions poser et qui exigent une réponse.

M. Halliday: Tout d'abord, j'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins. Mon expérience n'est pas étrangère à ce que vous faites. Certes, je ne suis pas l'ancien président de votre association, mais mon père a été président de l'association ontarienne. Je ne me rappelle plus son nom. Ma cousine germaine, qui a reçu une formation d'infirmière et de travailleuse sociale, a été la première infirmière travailleuse sociale de l'Hôpital général de Toronto, dans les années 1940. J'ai donc beaucoup de sympathie pour ce que vous faites.

En outre, j'ai eu un rôle actif au niveau exécutif du Collège des médecins de famille, au moment où vous avez établi à Dalhousie votre école de formation à la pratique médicale familiale. À l'époque, il existait également un cours pour les infirmières. Je suis déçu que ce cours n'existe plus car il a été supprimé n'est-ce pas?

Mme MacDougall: Je ne sais pas.

M. Halliday: Je crois que oui. Ce cours destiné aux infirmières en exercice avait beaucoup de potentiel, mais il y a eu un problème de financement au niveau provincial. C'est pourquoi il a été supprimé.

Bien que certaines de mes questions peuvent sembler réactionnaires, sachez que je ne sors pas du bois. Au contraire. Je connais bien le dossier. Je ferais mieux d'aborder d'abord le sujet de la TPS. Je suis un peu irrité d'entendre des groupes comme le vôtre proclamer catégoriquement que la TPS est une taxe régressive. Pourquoi? Et bien parce que je n'ai jamais entendu votre organisation ou une autre élever la voix contre la taxe fédérale de vente ou contre la taxe sur les ventes des fabricants. Cette taxe-là a été vraiment régressive, dans la mesure où elle ne prévoyait aucune indemnisation pour le consommateur. La taxe était intégrée à chaque article que nous achetions. Pourtant, votre organisation ou d'autres n'ont jamais protesté en disant que c'était une taxe régressive. Ça me gêne de vous voir vous rallier tout à coup à certains groupes politiques parce qu'il est à la mode de critiquer la TPS.

[Text]

I am not sure whether these tax credits will be sufficient. I suspect that has been worked out very precisely by the economists in the departments concerned, and I would be surprised if it is not going to be probably a bit more than sufficient.

Ms Greene: I had an analysis. . . On \$580 for a single parent with two children, she would have to be spending \$8,000 a year on taxable items and would have to be up pretty high to be spending that kind of money.

Mr. Halliday: My own United Church comes out against the GST, and they never once were complaining before about the FST. Every single Canadian, the poor included, with no compensation, had to pay it. If ever there was a regressive tax, that is regressive. Groups lose their credibility with me when they do not think back about the whole issue a little bit more completely. Maybe you might want to consider that a little bit, before you come out against the GST. I think there are other aspects to it.

I agree that many aspects of health care are psycho-social. My friend from Kitchener, and I live right near Kitchener, raised that. It is very true. Nobody knows it better than a family physician, because some people say 40% others would say 60% of our work is largely dealing with psychosocial problems, which may be manifest in some way or another in symptoms or signs that bring the patient to the doctor.

My difficulty is if somebody has a rash that let us say is psycho-social in origin. Many rashes are. It could be lupus erythmatosus, it could be some very serious disease. Who should first see that patient? Should the person be seen by somebody who can rule out the serious organic diseases, or should that person be seen by a social worker first? This is the problem, Mr. Chairman. I appreciate the value of social work, but at the access point of entry there are going to be problems if it is going to be the social worker or indeed if it is going to be the nurse, because the nurse is not trained to decide whether that rash is due to lupus erythmatosus and might kill the person.

Again, we are hearing a lot of suggestions about the points of entry into the system. Let us not forget that unless this person at the point of entry is trained to know as broad a range as possible, the person is going to let some patients down who have organic diseases that are going to threaten their lives. Maybe you want to comment on that. To me it is a difficulty.

• 1105

Ms Campbell: Yes, it is difficult. One of the ideas raised in the Ontario association is we may need an access point that is more wellness-based—perhaps something in a community centre.

I am not sure what model could be used, but maybe what we need is something integrated, where we have health care professionals and social kinds of professionals working together, because if it was in such a wellness-based centre, when you saw a patient with obvious social needs, you could steer them very easily into the social model, and they would not come back to see you as often.

[Translation]

Je ne suis pas sûr que les crédits d'impôt prévus suffiront. Je suppose que tout cela a été calculé avec la plus grande précision par les économistes des ministères concernés, et je serais surpris qu'ils ne soient pas plus que suffisants.

Mme Greene: J'ai effectué une étude là-dessus. . . Pour une famille monoparentale avec deux enfants, le crédit d'impôt est de 580\$, mais pour le toucher, il faudrait dépenser 8,000\$ par an en achats d'articles taxables, ce qui fait beaucoup.

M. Halliday: Je suis membre de l'Église unie, et mon église se plaint de la TPS alors qu'elle ne s'est jamais plainte de la TFPV. Tous les Canadiens, les pauvres y compris, devaient la payer sans indemnisation. Pour être régressif, ça cette taxe l'était. Les groupes qui ne réfléchissent pas de façon plus globale à toute la question perdent toute crédibilité à mes yeux. Vous devriez réfléchir à cela, avant de protester contre la TPS. Il y a d'autres aspects à prendre en considération.

Je conviens que les soins comportent de nombreux aspects psycho-sociaux. C'est mon ami de Kitchener qui a soulevé cette question et moi aussi je vis près de Kitchener. C'est très vrai. Personne n'est mieux placé pour le savoir qu'un médecin de famille, dans la mesure où on prétend qu'entre 40 p. 100 et 60 p. 100 de notre travail consiste à régler des problèmes psycho-sociaux qui se manifestent d'une façon ou d'une autre par des symptômes ou des signes qui poussent le patient à consulter un médecin.

Quand quelqu'un souffre de démangeaison, j'ai du mal à me dire que la cause est psycho-social. C'est souvent vrai. Mais ça peut être également une maladie très grave, comme le *lupus erythmatosus*. Qui le patient devrait-il voir en premier lieu? Quelqu'un capable de diagnostiquer les maladies organiques graves ou un travailleur social? Voilà le problème, monsieur le président. J'apprécie la valeur du travail social, mais le point d'accès peut poser des problèmes dans la mesure où une infirmière ou un travailleur social ne sont pas formés pour décider si oui ou non une démangeaison est due au *lupus erythmatosus* et risque d'être fatal.

De nombreuses suggestions nous ont été faites à propos des points d'entrée dans le système. N'oublions pas que si le responsable au point d'entrée n'a pas une formation médicale maximale, il ne pourra pas diagnostiquer certaines maladies organiques susceptibles d'être mortelles. Qu'avez-vous à dire là-dessus? Pour moi, cela cause un problème.

Mme Campbell: En effet. L'Association ontarienne considère que le point d'accès devrait être davantage orienté sur le bien-être. Cela pourrait être un centre communautaire, par exemple.

Je ne sais pas quel modèle pourrait être utilisé, mais je crois que nous avons besoin d'un système intégré où les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux peuvent collaborer. Dans le cadre d'un tel centre orienté sur le bien-être, il serait possible de diriger un patient qui de toute évidence a des besoins sociaux vers le modèle social, ainsi, cette personne n'aurait pas à revenir vous voir aussi souvent.

[Texte]

Mr. Halliday: I have no problem with that. In fact, I served on that Hastings Commission on health services, so I am familiar with what you are talking about. I agree with it. Ms MacDougall has spent her time teaching there, in a setting like that, where they try to get physicians to adopt that kind of policy.

The problem was when I, in Tavistock, tried to get a nurse practitioner in, there was no way I could get one unless I paid out of my income, and I paid for her. She was not allowed to do certain things under the Ontario legislation. Ontario would not pay for it unless you were in a pilot project in Hamilton or somewhere, where they might have paid for it for a while, so there is a funding problem.

That brings it to another point, Mr. Chairman, and that is. . . I want to get to funding, because it is very important. I will start with your brief here, headed "The Health Care System and Its Funding". With all due respect, if you look at the two pages, you will not see the issue of funding addressed at all.

You are not alone in this. Most of the groups we have seen have not addressed the issues of funding. They have not. There may be good reasons—it is not easy to address it—but I would like to see it acknowledged, because it is a problem.

You also raise in the course of your brief a bit of a contradiction. In the middle of page 2, you have the smallest paragraph. It says:

Any user fee associated with health care constitutes the most serious barrier to access to health care.

"The most serious barrier". Then, about eight lines from the bottom, you say:

The quality of health care delivery. . . is most dependent on the availability of medical care resources.

You name physicians, nurses and other health care resources.

In my view, the second statement—that access to care is most primarily dependent on the quality of your health care professionals, of any type you are talking about—is right. It is not dependent upon availability of a. . . user fee, or whether one is there.

I would challenge you to name one country in the world today that does not have user fees, or is not moving increasingly towards user fees. The countries with the very least user fees now are moving away from that, into more user fees. So for a group to tell me a user fee is the great barrier—I just cannot believe it. The whole credibility of your brief is suspect to me.

Ms MacDougall: That may be your opinion—

Mr. Halliday: Yes, it is my opinion.

Ms MacDougall: The point, though, is we are extremely concerned that if you are old and you are poor, and if you have to pay user fees when you have no resources and you are socially isolated and vulnerable and not feeling well, people see it as a barrier.

[Traduction]

M. Halliday: Pourquoi pas. En fait, j'ai fait partie de la commission Hastings sur les services de santé et je connais bien ce dont vous parlez. Je suis d'accord avec vous. M^{me} MacDougall a enseigné là-bas pendant toute sa carrière dans un contexte comme celui-là, où on essaye de pousser les médecins à adopter ce genre de politique.

Lorsque je travaillais à Tavistock, je ne pouvais pas recruter une infirmière pour mon service, sauf si je l'engageais et la payais de ma poche. C'est ce que j'ai fait. Cependant, en vertu de la loi ontarienne, il y a certaines choses qu'elle n'avait pas le droit de faire. L'Ontario ne paye pas ce genre de choses, sauf s'il s'agit d'un projet-pilote situé à Hamilton ou ailleurs. Il existe un problème de financement.

Cela m'amène à un autre point, monsieur le président. C'est encore un problème de financement, mais c'est très important. J'aimerais faire référence au mémoire que vous nous avez présenté et qui s'intitule «le Régime de soins de santé et son financement». Je ne veux pas vous contredire, mais la question du financement n'est pas abordée une seule fois dans ces pages.

Vous n'êtes pas les seuls à éviter la question du financement. La majorité des groupes qui ont comparu devant nous l'ont également évitée. Il y a peut-être de bonnes raisons à cela—ce n'est pas une question facile—mais je voulais le dire, car c'est un problème.

Votre mémoire semble également contenir une contradiction. Au milieu de la page 2, il y a un petit paragraphe qui se lit comme suit:

Tous frais qui seraient imposés relativement au soin de santé constitueraient le plus gros obstacle aux services de santé et aux services médicaux.

«Le plus gros obstacle». Plus loin, vers la sixième ligne avant la fin, vous dites:

La qualité des soins dispensés. . . est plutôt fonction de la disponibilité des ressources médicales.

Vous citez par exemple les médecins, les infirmières et les autres spécialistes des soins de santé.

A mon avis, votre deuxième affirmation est exacte, à savoir que l'accès aux soins dispensés dépend plutôt de la disponibilité des ressources médicales, quelles qu'elles soient. Ces soins ne sont pas fonction de frais qui seraient imposés à l'utilisateur.

J'aimerais vous mettre au défi de me citer un pays dans lequel il n'existe pas de frais d'utilisation ou qui n'évolue pas dans ce sens là. Les pays où les frais de santé sont les moins élevés, ont tendance à y venir. Je ne veux pas croire que de tels frais constituent pour vous le plus gros obstacle. Cela met en question toute la crédibilité de votre mémoire.

Mme MacDougall: C'est peut-être votre opinion. . .

M. Halliday: Oui, c'est mon opinion.

Mme MacDougall: Si vous êtes vieux et pauvre et si vous devez payer des frais d'utilisation alors que vous n'avez pas de ressources et que vous êtes socialement isolé, vulnérable et malade, je suis sûr que vous considérerez cela comme un obstacle.

[Text]

Mr. Halliday: I did not argue with that, but if I am looking at the concept of user fees, my thesis would be... I would base it on the fact that nobody who does not pay income tax would ever pay a user fee. That would be absurd, in my view. Anybody who pays income tax might well be deemed to have enough income to pay a little bit of a user fee. It could be on a sliding scale, as Ms Phinney was talking about with the nurses earlier.

I think we have to be very realistic about this, particularly if we do not address the subject of funding. Let me put this to you. We have research staff, and we are going to have a very hard look at some economic models, because we are getting all kinds of recommendations from various groups. We had the nurses earlier this morning; now we have the social workers giving us what they feel is the optimum situation.

I acknowledge the importance of social work. I was on the Hastings Commission. I understand what you are saying and the need for it. Given that—given the under-utilization nowadays of social workers, probably the underpayment of them as well—what in your view would be the cost to our system if we adequately used social workers? You have named some of the places where they should be used. The nurses did the same thing with us a little earlier. They told us where they should be used.

• 1110

I do not question that, but we are a government and we have to raise money to pay for these things. We need to have some idea, either from the professional groups themselves or from our economists on our staff, or we may have to hire some to look at this, but we cannot come up with the recommendations that you have given us or the nurses gave us this morning unless we know what it is going to cost us. We would look foolish in the eyes of the department if we cannot give them some idea of what it is going to cost. So maybe you could tell us. You know in your own mind what society needs by way of better social worker services. Okay. Given that, how much is it going to cost us? If you cannot tell us today, we will be glad to get some kind of an estimate—even a guesstimate is all we need—some time by mail in the future.

Ms Campbell: I would like to respond to your comments about user fees first, and then perhaps we can try to answer the second part.

It is important that if we use user fees they be used to cover costs that the clients had previously been covering themselves. So for instance, if they have to pay for the cost of Meals on Wheels, that is to substitute for the groceries they had been buying. So that kind of thinking makes it a bit more okay.

Right now, in Ontario anyway, persons enrolled in home care can get Meals on Wheels more cheaply than if they are not. In other words, if you are sick, you can get more cheap food compared to if you are well.

[Translation]

M. Halliday: Je ne conteste pas cela. Voilà quelle est ma thèse à propos des frais d'utilisation... Je considère que les personnes qui ne paient pas d'impôt sur le revenu ne devraient pas avoir à payer de frais d'utilisation. Sinon, ce serait absurde. Toutes les personnes qui ont des impôts à payer devraient être assujetties à des frais d'utilisation des services médicaux. Le niveau de ces frais pourrait être fixé selon une échelle mobile, comme le disait M^{me} Phinney plus tôt à propos des infirmières.

Il faudrait être très réaliste en particulier quand on ne veut pas aborder le chapitre du financement. Permettez-moi de vous dire ceci. Nous avons des chargés de recherche et nous allons être obligés de regarder de très près certains modèles économiques, car nous avons reçu toutes sortes de recommandations émanant de différents groupes. Nous avons entendu les infirmières plus tôt ce matin; et nous entendons maintenant les travailleurs sociaux qui nous décrivent la situation idéale.

Je reconnais l'importance du travail social. J'ai fait partie de la commission Hastings. Je comprends ce que vous dites et je reconnais qu'il y a un besoin. Compte tenu de la sous-utilisation des travailleurs sociaux et probablement de leur sous-paiement, quel serait selon vous le coût de notre système si nous utilisions efficacement les travailleurs sociaux? Vous avez nommé certains endroits où ils pourraient être utilisés. Les infirmières ont fait la même chose ce matin. Elles nous ont dit où on pourrait les utiliser.

Je ne conteste pas cela mais nous sommes un gouvernement et il nous faudra trouver de l'argent pour payer ces programmes. Nous ne pouvons pas donner suite aux recommandations que vous-même ou les infirmières ont formulées ce matin sans savoir ce que cela va nous coûter et les groupes professionnels comme le vôtre ou nos économistes nous donnent une idée de ce coût. Il faudra peut-être même que nous engagions des consultants. Nous aurons l'air ridicules aux yeux du ministère si nous leur proposons des recommandations sans avoir la moindre idée de ce que leur mise en oeuvre peut coûter. Vous pourriez peut-être nous aider. Vous savez que la société a besoin de meilleurs services sociaux. Bon. Ceci dit, savez-vous combien cela va coûter? Si vous ne pouvez pas nous le dire aujourd'hui, nous serions heureux d'obtenir ces renseignements plus tard par la poste. Tout ce dont nous avons besoin, ce sont des prévisions.

Mme Campbell: Je voudrais d'abord répondre à vos remarques à propos des frais d'utilisation. Ensuite, nous pourrions peut-être essayer de répondre à la deuxième partie de votre question.

Si l'on décide d'imposer des frais d'utilisation, il est important qu'ils servent à couvrir des coûts que les clients payaient eux-mêmes jusque là. Par exemple, s'ils doivent payer la «popotte roulante», il faut que cela remplace leurs factures d'épicerie. Vu sous cet angle-là, le système est plus acceptable.

À l'heure actuelle, en Ontario du moins, les personnes qui reçoivent des soins à domicile paient moins cher que les autres la popotte roulante. En d'autres termes, les personnes malades paieront moins que les autres pour se nourrir.

[Texte]

There is a similar discrepancy between chronic care hospitals and extended care facilities. Working in a chronic care hospital, I regularly see families and residents who are getting a high level of service: they have good nursing services, recreation services, social work, and so on. We rehabilitate them and then they resist going to extended care facilities. I do not blame them; I would too, because the services are not there. They are going to go there; they are going to lose all their recreation services, they are going to lose their social work services, and they are going to get less adequate nursing care. As a result, they may move under duress, but they are soon back. That costs us a lot of money and may tie in to your second point.

On the proper use of services, whether they are social work services or nursing services or anything, if we can plan it well and integrate the services well, I am not sure it will cost any more money to have more effective use of social work, because we do prevention and I think we could have an impact on that high cost in the last six months of life.

Mr. Halliday: Mrs. MacDougall mentioned the situation—maybe it, was hypothetical—about her daughter trying to get some counselling service, or you trying to get counselling service for your daughter and having to wait for months and months. I agree with you: that is a terrible situation. Of course, it applies not only in the area of counselling service but also in far too many areas of direct medical services, whether you are looking at a hip transplant or a cataract or what have you. It is shameful that we have a system that allows that to happen, but it is getting worse and worse, and the waiting periods are getting worse because we cannot afford. The governments say there are too many health professionals, too many doctors, too many medical professionals. We are also told by your groups and other groups that we are spending too much money on acute care hospitals, and yet you have to have a hip replaced or a cataract done or a kidney transplant, all these things, in an acute care hospital. Yet, as Dr. Keon, the heart specialist here in Ottawa, tells us, people have been dying in the Ottawa area because they could not get into the Heart Institute for their surgery.

So there is a real contradiction going on in what people are saying about it. In other words, governments through their funding techniques are rationing health care. On what you said, Mrs. MacDougall, about your daughter not getting, hypothetically, service for three or four months, they are rationing that kind of counselling service as well.

So it all comes back to my concern about funding. Nobody addresses the funding problem. Are we as a federal government going to borrow more money to provide that counselling service for your daughter in a week's time? Are we going to borrow more money to provide the hip transplant tomorrow rather than a year from now? Or are we going to give smaller transfer payments, as the nurses were complaining about, to the provinces, as we are starting to do?

[Traduction]

Il existe un écart semblable entre les hôpitaux de soins chroniques et les installations de consultations externes. Étant donné que je travaille dans un hôpital de soins chroniques, je vois régulièrement des familles et des résidents qui bénéficient d'un niveau élevé de service: ils disposent de bons soins infirmiers, de bons services de loisirs, des services des travailleurs sociaux, etc. Nous les soignons, mais ensuite ils résistent à se rendre dans les centres de soins élargis. Je ne les blâme pas; je le ferais aussi, parce que là-bas les services sont inexistants. Il n'y a pas de services de loisirs, il n'y a pas de services de travailleurs sociaux et il n'y a pas non plus de soins infirmiers adéquats. Résultat, ils quitteront peut-être l'hôpital sous la contrainte, mais ils reviendront à la première occasion. Cela nous coûte beaucoup d'argent et cela nous ramène à votre deuxième point.

En ce qui concerne l'utilisation appropriée des services, qu'il s'agisse des services offerts par les infirmières ou les travailleurs sociaux, si nous pouvons bien planifier et bien intégrer tous ces services, je ne suis pas sûre que cela nous coûte beaucoup plus d'argent. En effet, nous faisons de la prévention et cela peut avoir un impact sur les coûts engagés au cours des six derniers mois de la vie d'une personne.

M. Halliday: M^{me} MacDougall a parlé d'une situation —peut-être était-elle hypothétique— dans laquelle sa fille s'est retrouvée. Elle avait besoin de services de consultation, ou alors c'était vous qui aviez besoin des services pour votre fille, et on vous a fait attendre des mois et des mois. J'en conviens, c'est une situation épouvantable. Elle ne s'applique pas seulement aux services de conseillers mais aussi dans un beaucoup trop grand nombre de domaines, aux services médicaux directs, que vous cherchiez par exemple à obtenir des renseignements sur une greffe de hanche, une cataracte ou autre chose. Il est honteux que notre système permette à ce genre de choses de se produire, mais la situation ne fait que s'aggraver et les périodes d'attente rallongent, car nous manquons de moyens. Les gouvernements prétendent qu'il y a trop de professionnels de la santé, trop de médecins, trop de professionnels du corps médical. Des groupes comme le vôtre nous disent par ailleurs que nous investissons trop d'argent dans les hôpitaux de soins aigus. Pourtant, si vous devez subir une greffe de la hanche, d'un rein ou encore une opération de la cataracte, vous devez vous rendre dans un hôpital de soins aigus. Or, comme nous l'a dit le docteur Keon, le spécialiste du cœur ici, à Ottawa, il y a des gens qui meurent dans la région d'Ottawa parce qu'ils n'ont pas pu se faire opérer à l'Institut du cœur.

Il y a donc une contradiction entre tout ce que les gens disent. En d'autres termes, les gouvernements rationnent les soins de santé par le biais de leur mécanisme de financement. On est en train de rationner également les services de conseillers, comme vous le disiez plus tôt, madame MacDougall, à propos de votre fille, qui a dû attendre trois ou quatre mois.

On en revient à notre histoire de financement. Personne ne parle du problème de financement. Le gouvernement fédéral va-t-il être obligé d'emprunter plus d'argent pour pouvoir offrir à votre fille les services de conseil dont elle a besoin en moins d'une semaine? Allons-nous devoir emprunter plus d'argent pour pouvoir effectuer des greffes de hanche demain plutôt que dans un an? Ou bien, allons-nous réduire les paiements de transfert aux provinces, ce dont les

[Text]

We are doing that just because our federal per capita debt is many times more than the provincial per capita debt. So in fairness, it would make sense if the provinces assumed some of that debt burden. But it still comes out of the taxpayer, one way or the other.

• 1115

So my question is, to give these kinds of services Mrs. MacDougall wants for her daughter and I want for my hip patient, or my kidney transplant—and I do not want to wait a year for them—or Dr. Keon wants for his cardiac patients, how are we going to get that money? Are we going to borrow it? Is that what you want us to do? Or are we going to ration health care, as we are increasing when we do?

I say 90% of Canadians are able to pay part of that care. Why do we not let them do it as say Sweden does, which is the epitome of a welfare state? Why do we not start arguing that we have to allow the patient...? Now it is illegal for someone to insure me for my hip and give me my operation within a week's time. In this country it is illegal for anyone to insure me for that. Nothing could be more ridiculous than that, that it should be illegal for someone to insure me so I can get my hip done in a week rather than waiting for a year or two.

Those are the questions I see. If we do not address these, Mr. Chairman, our committee report will be absolutely futile and useless. So we need some help about funding.

Ms MacDougall: I agree. In many respects we are in a crisis in provision of health and social services in this country.

Mr. Halliday: I am glad to hear you say that.

Ms MacDougall: I agree with you totally on that. The question of funding is a significant one, and it is one we all have a concern about, about debt and this and that.

If we are going to do financial analysis to guide us and to look at how we are going to manage these escalating costs, I think we need to go back to basics and to what we are trying to achieve in our health care system and what we are trying to do. I think the federal government, in achieving health for all, and mental health for Canadians, in a way has taken some bold and interesting initiatives to promote health care. Before we can fund, are we going to let our system grow like Topsy, to provide, in many respects, fragmented, piecemeal service? I still stand by the comment I made about the interplay between the two systems and the confusion that causes for people, and the duplication of service.

Mr. Halliday: It is only one system federally. We have one department. We used to have two deputy ministers. Now we do not.

Ms MacDougall: But in reality, and you know from being in practice, sir, to get service you spend time chasing this and that and people are back and forth between the systems.

[Translation]

infirmières se plaignent? Nous sommes obligés de faire cela parce que l'endettement fédéral par habitant est plusieurs fois plus élevé que l'endettement provincial par habitant. En toute justice, il serait souhaitable que les provinces assument une partie du fardeau de cette dette. Mais finalement c'est toujours le contribuable qui paye.

Ma question est donc la suivante: Où allons-nous trouver l'argent dont nous avons besoin pour offrir à M^{me} MacDougall les services dont elle a besoin pour sa fille, dont j'ai besoin pour mon patient qui souhaite subir une greffe de la hanche ou du rein—et je ne veux pas les faire attendre un an—ou dont le docteur Keon a besoin pour ses patients cardiaques? Allons-nous emprunter l'argent dont nous avons besoin? Est-ce ce que vous voulez que nous fassions? Ou bien devons-nous rationner les soins?

Je prétends que 90 p. 100 des Canadiens sont capables d'assumer une partie des frais. Pourquoi ne faisons-nous pas comme en Suède, pays symbole de l'État providence? Pourquoi ne commençons-nous pas à demander que le patient soit autorisé... À l'heure actuelle, il est illégal que je m'assure pour ma hanche si je dois me faire opérer dans une semaine. Dans ce pays, il est illégal de s'assurer pour cela. Rien ne saurait être plus ridicule que cela. Pensez qu'il est illégal que je m'assure de façon à faire soigner ma hanche dans une semaine au lieu d'attendre un an ou deux!

Voilà les questions que je voulais poser. Si nous n'y répondons pas, monsieur le président, le rapport de notre comité sera tout à fait futile et inutile. Nous avons besoin d'aide en matière de financement.

Mme MacDougall: Je suis d'accord. À de nombreux égards, nous traversons une crise des services de santé et des services sociaux dans ce pays.

M. Halliday: Je suis heureux de vous l'entendre dire.

Mme MacDougall: Je suis tout à fait d'accord là-dessus. La question du financement est importante et elle nous préoccupait tous, tout comme l'endettement etc.

Si nous voulons faire une analyse financière pour nous aider à gérer ces coûts croissants, nous devons repartir à zéro et nous demander quels sont les objectifs que nous voulons atteindre en matière de soins. En s'engageant à garantir la santé et la santé mentale de tous les Canadiens, le gouvernement fédéral a en un certain sens pris des initiatives intéressantes et audacieuses pour promouvoir les soins et la santé. Avant de débloquer des subventions, allons-nous laisser notre système croître et embellir, pour ne nous fournir, en fin de compte, que des services fragmentés et ponctuels? Je maintiens ce que j'ai dit à propos de l'interaction entre ces deux systèmes et de la confusion que cela cause aux utilisateurs ainsi qu'à propos du dédoublement des services.

M. Halliday: Au niveau fédéral, il ne s'agit que d'un seul système. Nous avons un ministère. Autrefois, nous avions deux sous-ministres. Ce n'est plus vrai.

Mme MacDougall: En réalité, et vous le savez puisque vous êtes du métier, monsieur, on passe un temps fou à courir d'un système à l'autre pour obtenir certains services.

[Texte]

In all seriousness, we need to work together to look at what we are trying to achieve with our health and social service care dollar, the kinds of service relevant to Canadians, and what priority we have on this. If we have a grasp on this, then I would suggest the economists have a better opportunity to take this and to translate it into dollars in planning. There may have to be changes. I do not believe we can add on forever. There is no well. And I agree with you, we cannot dip into money we do not have. But in this country we do have significant resources that are being allocated to health and social services.

What are our priorities? How do we want our citizens treated? What are we trying to achieve? What is the best use of person-power to achieve that?

About the comments, I was not commenting on internal organizational difficulties about the Canadian Association of Social Workers. I was commenting earlier on the difficulties people get into, the different disciplines, when they attempt to work together under the current system to provide care, the competition that takes place and the lack of communication among the health-providing professions. There is a problem in the system that we need to have a very thorough look at, and it may have its roots in the education of health care professionals.

Until we have an idea of what we want, the elements of a good health and social service system, I do not think we can budget it, because we are going to be budgeting for an incremental growth of the current system, which most people who look at it will acknowledge consists of duplication, a lack of planning, a need for a re-think. All of a sudden we are doing heart transplants and liver transplants and all kinds of new technologies. But each of these technologies raises a set of ethical, financial, personal issues we need to address.

Somehow I see it going like this, and your committee has a significant task in trying to bring it down so we can look at it. We need to define what we are trying to do in these systems, for then there may be a better chance for the economists and others to put a price on it.

• 1120

Mr. Halliday: How you define that depends on your perspective. If you are a 20-or 30-year-old, you are looking at preventing illness in the future, but if you are a 60-or 70-year-old, you are probably looking at what can be done for you when you need a heart transplant or a lung transplant.

I saw in the newspaper this past week that in my city of Woodstock a girl is being brought in by one of the groups to talk to an annual meeting and to give her testimony. She is the lady who received a heart and lung transplant in 1986, I

[Traduction]

Sérieusement, nous devons définir ensemble nos objectifs en matière de financement des services de santé et des services sociaux. Nous devons nous demander quels sont les services que nous voulons offrir aux Canadiens et quelles sont nos priorités. Si nous comprenons mieux tout cela, je suis certaine que les économistes seront alors mieux placés pour faire de la planification financière. Il faudra peut-être envisager des changements. Je ne crois pas que l'on puisse tirer toujours plus. Ce n'est pas un puits. Et je suis d'accord avec vous, nous ne pouvons pas puiser dans de l'argent que nous n'avons pas. Ceci dit, le budget des services sociaux et des services de santé au Canada est loin d'être négligeable.

Quelles sont nos priorités? Comment voulons-nous que nos citoyens soient traités? Que voulons-nous réaliser? Quelle est la meilleure utilisation possible de nos ressources humaines?

Quant à mes remarques, elles ne portaient pas sur les difficultés internes de l'Association canadienne des travailleurs sociaux. J'ai parlé plutôt des difficultés que pouvaient rencontrer, en essayant de travailler ensemble dans le cadre de l'actuel système de soins, les différentes disciplines. J'ai parlé aussi de la concurrence et du manque de communication qui existe au sein des professions de la santé. C'est un problème que nous devons étudier le plus sérieusement possible et il se peut qu'il tire son origine de la formation des professionnels de la santé.

Tant que nous n'aurons pas une idée de ce que nous voulons, tant que nous ne connaissons pas les éléments d'un bon système de services sociaux et de services de santé, nous ne pourrons pas établir de budget. Tout ce que nous pourrons faire c'est tabler sur la croissance du système actuel, bien que la majorité de ceux qui étudient ce système vous diront qu'il se caractérise par le double emploi et le manque de planification et qu'il est nécessaire de le remanier. Du jour au lendemain, nous pratiquons des greffes cardiaques et des greffes hépatiques, avec toutes sortes de technologies nouvelles. Mais chacune de ces technologies soulève un ensemble de problèmes éthiques, financiers et personnels qu'il faut regarder en face.

C'est ainsi que je vois les choses et je crois que votre comité a un rôle essentiel à jouer pour proposer un budget que nous pourrions étudier. Nous devons définir ce que nous voulons faire à l'intérieur de ces systèmes. Ensuite, les économistes et tous les autres seront mieux en mesure de calculer les coûts.

M. Halliday: La définition de ce que vous voulez faire dépend de votre perspective. Si vous avez 20 ou 30 ans, vous pensez surtout à la prévention de la maladie à l'avenir. Mais si vous avez 60 ou 70 ans, vous pensez probablement à ce que l'on pourra faire pour vous si vous avez besoin d'une greffe cardiaque ou pulmonaire.

J'ai vu dans le journal de la semaine dernière que chez moi, à Woodstock, on a invité à témoigner et à prendre la parole à l'occasion de la réunion annuelle de l'un de ces groupes professionnels, une dame qui a subi je crois une

[Text]

believe, and has survived for three or four years. She is coming to testify on the quality of her life. I will argue that at this age, quality of life may mean a heart and lung transplant for some people and that operation costs money. Who is to say this person is not entitled to a heart and lung transplant?

I do not want a bureaucrat in Ottawa or in Queen's Park to start saying that he is sorry, but an individual is 80 years old so they cannot afford to give that person a heart and lung transplant, at the same time telling me that I cannot insure myself for such an operation. That is the way the situation is now and there is the anomaly of the situation.

Ms Phinney (Hamilton Mountain): I want to pick up on something the doctor reiterated just now, so that I will know he meant what I thought he meant when he first said it.

When one has the money to obtain private insurance do you agree that one should go ahead on the list to receive a heart transplant?

Ms MacDougall: That is a tough one. I mean, if we believe—

Ms Phinney: I heard Mrs. Thatcher say something to this effect on television. She said that she does not feel any shame in the fact that she can afford to have special insurance so she can afford to go ahead of everyone else in line, and that if she can have her operation within a week, the rest can wait five years. That is exactly what she said.

Mr. Halliday: Madam Bégin said something similar when she was Minister of Health. I asked her what she would do if she could not obtain a service in Montreal that she wanted. It was at the time when specialists were leaving Quebec. She replied that she would go to the United States. So she agreed with that, even though she presented the Canada Health Act.

Ms Phinney: That is not going ahead of someone else in Canada; it is simply going down to the United States, where perhaps more facilities are available.

Mr. Halliday: It is still bypassing, but we should—

Ms Phinney: But this is a total change in principle from what our health care systems means: i.e., the rich people being able to afford special insurance so that they can go ahead on the list, and having a heart that is better than someone else's because they have more money. I question that.

Ms MacDougall: With the two-tier system of health care, how do we ensure the best access for all Canadians and for whoever needs the heart transplant? Because if you need it, you need it.

Mr. Halliday: That is right.

Ms MacDougall: We have had a tradition in this country of working towards access of service for all citizens. If we say to people that it is fine if they buy their heart transplant somewhere else and condone that as a system, what message are we giving?

[Translation]

greffe cardiaque et pulmonaire en 1986 et survit depuis. Elle a été invitée à porter témoignage sur la qualité de sa vie. À son âge, la qualité de la vie peut signifier de subir une greffe cardiaque et pulmonaire, et c'est une opération qui coûte de l'argent. Qui pourrait dire que cette personne n'a pas le droit de subir une greffe cardiaque et pulmonaire?

Je ne voudrais pas qu'un bureaucrate d'Ottawa ou de Queen's Park puisse dire un jour: «Désolé, mais lorsqu'une personne a atteint l'âge de 80 ans, nous ne pouvons pas nous permettre de lui faire subir une greffe cardiaque et pulmonaire, alors qu'en même temps, on me dit que je ne peux pas m'assurer contre une telle opération. Voilà quelle est la situation. Je la trouve anormale.

Mme Phinney (Hamilton Mountain): J'aimerais revenir sur quelque chose que le docteur vient de dire car je voudrais être bien sûre d'avoir compris ce qu'il a dit la première fois.

Pensez-vous que si l'on a suffisamment d'argent pour prendre une assurance privée, on puisse bénéficier en priorité d'une greffe cardiaque?

Mme MacDougall: C'est une question difficile. Je veux dire. . .

Mme Phinney: J'ai entendu M^{me} Thatcher dire quelque chose là-dessus à la télévision. Elle a dit qu'elle ne ressentait aucune honte du fait qu'elle a les moyens de prendre une assurance spéciale qui lui permet de passer devant tout le monde et que si elle peut se faire opérer dans un délai d'une semaine, peu lui importe que les autres attendent cinq ans. C'est exactement ce qu'elle a dit.

M. Halliday: M^{me} Bégin avait dit quelque chose de semblable lorsqu'elle était ministre de la Santé. Je lui avais demandé ce qu'elle ferait si elle ne pouvait pas obtenir à Montréal un service qu'elle demandait. C'était à l'époque où les spécialistes quittaient le Québec. Elle a répondu qu'elle irait aux États-Unis. Donc elle est d'accord avec cela, bien que ce soit elle qui ait présenté la Loi canadienne sur la santé.

Mme Phinney: Ce n'est pas la même que de passer devant tout le monde. C'est peut-être qu'aux États-Unis il existe un plus grand nombre de centres de traitement.

M. Halliday: C'est encore de l'évitement, mais nous devrions. . .

Mme Phinney: C'est une altération radicale du principe qui gouverne notre système de soins de santé: à savoir les riches qui ont les moyens de prendre une assurance spéciale peuvent ensuite passer devant tout le monde et se payer un coeur qui vaut mieux que les autres parce qu'ils ont plus d'argent. C'est cela que je mets en question.

Mme MacDougall: Avec notre système de soins à deux vitesses, comment pouvons-nous assurer le meilleur accès possible à tous les Canadiens et à tous ceux qui ont besoin d'une greffe cardiaque? Quand on en a besoin, il n'y a rien d'autre à faire.

M. Halliday: C'est vrai.

Mme MacDougall: Nous nous sommes toujours efforcés au Canada de favoriser l'accès de tous les citoyens aux services. Si nous acceptons que les gens aillent subir une greffe cardiaque ailleurs, quel est le message que les Canadiens vont capter?

[Texte]

Mr. Halliday: That is not right either. I agree.

Ms MacDougall: Why should I receive a transplant and you not receive one? It is very difficult. But as social workers, we are concerned about the two systems and the disparity between those in poverty and the well-to-do in this country.

Ms Campbell: You are talking about the ethical allocation of resources, and I would like to raise the thought that we also need to look at serving a large number of people and giving a large number of people comfort versus giving a smaller number of people high-tech services. If we have to choose, we had better be careful how we do so.

Mr. Halliday: Would you want to be denied your kidney transplant?

Ms Campbell: No, I am not saying that. I am not sure what the answer is.

Mr. Halliday: You are implying that.

Ms Campbell: I am saying a question of ethics is involved.

Mr. Halliday: I agree.

Ms Campbell: How do we prioritize? I do not have the answer, I am just raising a question.

Mr. Halliday: But as soon as you raise that question, you are suggesting that we are not prioritizing properly and that perhaps those who have preventative medicine money spent on them are better off.

My argument is that if you need a kidney transplant and if the government will not provide one, you should be free to arrange for it yourself, in a free society. We are soon heading away from that completely.

Ms Campbell: It is a very tough question.

Mr. Halliday: It is, but you raised a good one.

The Chairman: Thank you very much. We have imposed on the time of both members and witnesses today.

We spent quite a bit of time talking about funding. We are all dealing with the realities that exist today, it does not matter what side of the House we sit on. We spend on our social programs, which encompass a wide range of areas, over half your tax dollars—I think it amounts to 55%.

We are coming down to the other part where we are looking at this debt. It does not matter whether it is our government or somebody else, we have to face it as Canadians. How much can we squeeze and still provide those services we view as essential?

[Traduction]

M. Halliday: Ce n'est pas bien non plus. Je suis d'accord.

Mme McDougall: Pourquoi devrais-je bénéficier d'une greffe et pas vous? C'est très difficile. En tant que travailleurs sociaux, nous nous préoccupons beaucoup de ce système à deux vitesses et de la disparité qui existe entre les riches et les pauvres dans ce pays.

Mme Campbell: Vous avez parlé de la dimension éthique de l'affectation des ressources. Je voudrais ajouter que la grande majorité des gens ont besoin de confort alors qu'une très petite minorité ont besoin de services de haute technologie. Si nous devons exercer un choix, il faut être très prudent.

M. Halliday: Aimeriez-vous que l'on vous refuse une greffe rénale?

Mme Campbell: Non, ce n'est pas ce que j'ai dit. J'ignore la réponse.

M. Halliday: C'est ce que vous sous-entendez.

Mme Campbell: J'ai dit qu'il y avait là un problème de morale.

M. Halliday: Je suis d'accord.

Mme Campbell: Comment pouvons-nous établir nos priorités? Je n'ai pas la réponse, je ne fais que soulever la question.

M. Halliday: À partir du moment où vous soulevez la question, vous sous-entendez que nos priorités actuelles ne sont pas bonnes et qu'il vaudrait mieux consacrer plus d'argent à la médecine préventive.

Mon argument est le suivant: si vous avez besoin d'une greffe rénale et si le gouvernement ne veut pas la payer, vous devriez être libre de vous arranger seul, dans une société libre. Or, nous nous éloignons de plus en plus de ce principe.

Mme Campbell: C'est une question très difficile.

M. Halliday: Je sais, mais vous en avez soulevé une bonne aussi.

Le président: Merci beaucoup. Nous avons beaucoup demandé aujourd'hui aux membres du comité tout comme aux témoins.

Nous avons passé pas mal de temps à discuter du financement. Quel que soit le parti que nous représentons à la Chambre, nous sommes tous confrontés aux réalités d'aujourd'hui. Nous investissons de l'argent dans nos programmes sociaux qui couvrent une vaste gamme de domaines, plus de la moitié des recettes fiscales—55 p. 100 je crois.

De notre côté, nous avons le problème de l'endettement. Ce n'est pas notre gouvernement ni personne d'autre mais nous tous en tant que Canadiens qui sommes confrontés à ce problème. Combien de temps allons-nous rogner sur ces programmes tout en assurant les services que nous jugeons essentiels?

[Text]

None of us takes any pleasure in the cuts. The minister was here the other day. This department's budget was \$34 billion this year and growing. This committee looked at it last year when all groups were asked whether there was anywhere we could cut waste, mismanagement. Over 97% is locked into place, unless we start targetting specific areas that are already there. It makes it extremely difficult.

We take no pleasure in doing this. Right now we are dealing with areas outside of this jurisdiction. The situation in the prairies where we cannot provide enough funding to alleviate the stress caused by a number of conditions will certainly affect you as social workers. The same on the east coast with fisheries.

Everybody has had to take some of the hit along these areas of funding cuts. Where we get into the crunch is if we let this thing continue, and I think we have let it go too far, we cannot provide even the basics of what Canadians need. This is the concern we all have, and I think you hit on the key—how do we prioritize? What are the areas in which we still have to maintain a viable health care system? There are situations in various departments where we can probably point to some waste, some lack of efficiency that we can perhaps improve on. There may not be as many here, but we do require the guidance and assistance from people like yourselves if you feel there are areas that can be improved. This is what we have to look at.

I know we could go on indefinitely on this. I do thank you for the time you have spent with the committee today. When we are preparing our report, we will take into consideration those aspects you provided in the brief. In the meantime, if you feel there are other areas in which you would like to provide us with additional information as a result of the conversation to date, we would also appreciate this.

Ms MacDougall: We appreciated the opportunity for the spirited discussion. We welcome that. We recognize that our point of view may be different from people around the table. We are primarily concerned about the quality of service and how we are best going to achieve this, given the resource question.

We would welcome the opportunity for ongoing dialogue, and I commend you for looking at these issues, because they are tough ones. We wish you well in your work, and if we have other information we will forward it to you. If we can be of further assistance to the committee, we would welcome the call. You are not doing an easy task, but it is an extremely important one that is going to have significant impact on all citizens. We wish you well.

The Chairman: Thank you very much.

The meeting is adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

Les réductions budgétaires ne font plaisir à personne. Le ministre a comparu l'autre jour. Le budget de son ministère cette année est de 34 milliards de dollars et il est en augmentation. Notre comité s'est penché sur le budget l'an dernier, après que l'on ait consulté tous les groupes pour déterminer s'il était possible de réduire le gaspillage et la mauvaise gestion. Plus de 97 p. 100 du budget est bloqué, à moins que nous ne commençons à cibler des domaines précis déjà prévus. C'est extrêmement difficile.

Nous n'avons aucun plaisir à faire cela. À l'heure actuelle, nous nous occupons de régions extérieures à cette juridiction. À l'heure actuelle, nous n'avons pas suffisamment d'argent pour atténuer le stress que connaissent les Prairies, et cela aura certainement une incidence sur vous, en tant que travailleurs sociaux. Le même problème se pose sur la côte est pour les pêches.

Tout le monde a eu sa part de réductions budgétaires. Le hic, c'est que si nous laissons la situation se dégrader encore, comme nous le faisons depuis trop longtemps, nous ne pourrions même plus répondre aux besoins essentiels des Canadiens. C'est une préoccupation que nous partageons tous et je crois que vous avez mis le doigt sur l'essentiel, à savoir quelles doivent être nos priorités. Dans quels secteurs devons-nous maintenir un régime de soins viable? Il existe certainement des ministères où on peut sans doute réduire encore plus le gaspillage et l'inefficacité. Ce n'est peut-être pas le cas pour le secteur dont nous parlons aujourd'hui, mais vous devez nous aider et nous conseiller si vous estimez que certains programmes peuvent être améliorés. Voilà ce que nous devons faire.

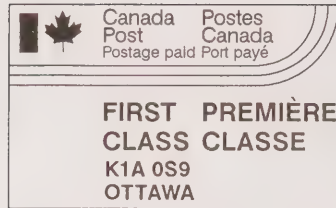
Je sais que nous pourrions discuter de cela indéfiniment. Je vous remercie pour le temps que vous nous avez consacré aujourd'hui. Lorsque nous rédigerons notre rapport, nous tiendrons compte des aspects que vous avez mis en lumière dans votre mémoire. Entre temps, nous serions heureux que vous nous fournissiez tous les renseignements supplémentaires que vous jugez utile de nous faire parvenir, suite à notre conversation d'aujourd'hui.

Mme MacDougall: Nous vous remercions de nous avoir donné l'occasion de participer à un débat animé. Nous l'apprécions beaucoup. Nous reconnaissons que nous n'avons peut-être pas le même point de vue que les personnes assises autour de la table. Nous nous préoccupons surtout de la qualité des services et de la façon de garantir cette qualité compte tenu des ressources dont nous disposons.

Nous aimerions poursuivre le dialogue et je vous félicite de vous attaquer à ces questions qui sont difficiles. Nous vous souhaitons beaucoup de succès dans vos travaux et si nous avons d'autres renseignements, nous vous les ferons parvenir. Nous serions très heureux de pouvoir aider à nouveau votre comité. Votre tâche n'est pas facile mais elle est extrêmement importante et elle aura un impact significatif pour tous les citoyens. Tous nos vœux de succès.

Le président: Merci beaucoup.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 9:00 a.m.

From the Canadian Nurses Association:

Dr. Judith Ritchie, President;
Judith A. Oulton, Executive Director.

At 10:00 a.m.

From the Canadian Association of Social Workers:

Gail McDougall, President;
Kim Clare, Chairperson of the Social Policy Committee;
Sandy Campbell, President of the Mid-Western Branch of the
Ontario Association of Professional Social Workers.

TÉMOINS

À 9 h 00

De l'Association des infirmiers et infirmières du Canada:

Judith Ritchie, présidente;
Judith A. Oulton, directrice administrative.

À 10 h 00

De l'Association canadienne des travailleurs sociaux:

Gail McDougall, présidente;
Kim Clare, présidente du Comité de politique sociale;
Sandy Campbell, présidente, Section Mid-Western de l'Association des travailleurs sociaux professionnels de l'Ontario.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 31

Tuesday, May 15, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 31

Le mardi 15 mai 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1990-91: Vote 25 under
EMPLOYMENT AND IMMIGRATION

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1990-1991: crédit 25 sous
la rubrique EMPLOI ET IMMIGRATION

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 15, 1990

(39)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:48 o'clock a.m. this day, in Room 701, 151 Sparks Street, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Other Members present: Ronald Duhamel, John Harvard.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Joan Vance and Odette Madore, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Advisory Council on the Status of Women: Glenda P. Simms, President; Eliane Silverman, Director of Research; Marguerite Alexander, Director of Publications and Acting Director of Public Affairs.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Thursday, February 22, 1990, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1991. (See *Minutes of Proceedings, Tuesday, May 8, 1990, Issue No. 29*).

The Chairman called Vote 25 under EMPLOYMENT AND IMMIGRATION.

Glenda P. Simms made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 11:02 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 15 MAI 1990

(39)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 48, dans la pièce 701 au 151, rue Sparks, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin et Stanley Wilbee.

Autres députés présents: Ronald Duhamel et John Harvard.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: Du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme: Glenda P. Simms, présidente; Eliane Silverman, directrice de la recherche; Marguerite Alexander, directrice des publications et directrice par intérim des affaires publiques.

Le Comité reprend les travaux prévus à son ordre de renvoi du jeudi 22 février 1990, soit l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1991 (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 8 mai 1990, fascicule n° 29*).

Le président appelle: Crédit 25, EMPLOI ET IMMIGRATION.

Glenda P. Simms fait un exposé puis, avec les autres témoins, répond aux questions.

À 11 h 02, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, May 15, 1990

• 0948

The Chairman: I call the meeting to order. I see we finally have a quorum. On Thursday, February 22, 1990, the House of Commons ordered pursuant to Standing Order 81(6) that Employment and Immigration votes 25 and 35 be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women. Vote 25 is related to the Advisory Council on the Status of Women. I will now call vote 25.

This morning we would like to introduce from the Canadian Advisory Council on the Status of Women Glenda Simms, president; Lise Benoit, director of administration; Eliane Silverman, director of research; and Marguerite Alexander, director of publications and acting director of public affairs. I welcome you this morning to our committee. I apologize for our late start. We will give members every opportunity to ask questions following your presentation.

Ms Glenda P. Simms (President, Canadian Advisory Council on the Status of Women): Thank you. I am pleased to appear before this committee to present the Canadian Advisory Council on the Status of Women's estimates 1990 to 1991. I would like to make a few introductory remarks about the council's role and its activities over the past year. I will then be pleased to respond to questions from committee members.

The role of the council is to represent as fully as possible the concerns, interests and aspirations of all women in Canada. Since 1973, when the council was formed, we have been at the forefront in addressing the major legal, economic, and social issues affecting the lives of women. Women and political action, reproductive health, Charter equality rights, and women and poverty are among the topics that have come under our scrutiny.

• 0950

The council is funded by the federal government. Its members are named by Order in Council. We are an advisory agency, and we report to Parliament each year through an annual report that is presented by the Minister Responsible for the Status of Women, the Hon. Mary Collins. We are, however, unique among advisory councils, in that the council has a dual mandate. We not only advise the government on issues of concern to women, but we also inform the public about the results of the research we are undertaking.

The council's work is critical, as other status of women groups lack the necessary resources to undertake complex research and analysis. In this regard, the council can and does play a leading role in making findings from our research

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 15 mai 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte. Nous avons finalement un quorum. Le jeudi 22 février 1990, la Chambre des communes, conformément au paragraphe 81 (6) de son Règlement a ordonné que le budget de l'Emploi et de l'Immigration aux crédits 25 et 35 soient déferés au Comité permanent de la Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine. Le crédit 25 concerne le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme. Je mets donc le crédit 25 en délibération.

Nous avons le plaisir ce matin de recevoir, du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, Glenda Simms, sa présidente, Lise Benoit, directrice de l'administration, Eliane Silverman, directrice de la recherche, et Marguerite Alexander, directrice des publications et directrice des Affaires publiques par intérim. Mesdames, je vous souhaite la bienvenue. Excusez-nous d'avoir pris du retard. Je permettrai cependant à tous les membres du comité de vous poser des questions après votre exposé.

Mme Glenda P. Simms (présidente du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme): Merci. Je suis heureuse de comparaître devant le comité pour la présentation du budget 1990-1991 du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme. Je vous parlerai d'abord rapidement du rôle du conseil et de ses activités au cours de l'année qui vient de s'écouler. Je pourrai ensuite répondre aux questions que les membres du comité auraient à poser.

Le conseil a pour mission de défendre les intérêts de toutes les femmes canadiennes, sous tous les aspects. Il est là pour exprimer leurs préoccupations, leurs espoirs et leurs aspirations. Depuis 1973, année de création du Conseil, nous nous sommes toujours, dans la discussion des grandes questions juridiques, économiques et sociales intéressant la vie des femmes, situées à la pointe du débat. Les femmes et la politique, l'hygiène de la reproduction, les droits garantis par la Charte, les femmes et la pauvreté, sont parmi les grands dossiers que nous avons abordés.

Le conseil est financé par l'Etat fédéral. Ses membres sont nommés par décret. Nous sommes un organisme consultatif, dont le ministre de tutelle, en l'occurrence la ministre de la Condition féminine l'honorable Mary Collins, présente chaque année le rapport au Parlement. Nous avons cependant, parmi les conseils consultatifs, une place particulière dans la mesure où notre mission est double. Non seulement nous conseillons le gouvernement sur tout ce qui intéresse les femmes, mais nous informons également la population des résultats de nos recherches et travaux.

Les organisations féminines n'ayant pas, de façon générale, les moyens d'entreprendre des travaux de recherche et d'analyse complexes, le conseil joue à cet égard un rôle essentiel, en mettant notamment à la disposition de ces

[Texte]

available to other women's groups and generating constructive discussion. Fulfilling the council's mandate would not be possible without an organization that has a broad range of representation. Our members are essential in providing good advice to the federal government and in reflecting accurately the real issues of concern to women in Canada.

In this regard, therefore, I am very pleased to note that the members of council represent not only all regions of Canada but also many of the different cultures and walks of life that make up our pluralistic society. Council members are homemakers, professionals, business people, educators, and members of aboriginal, racial minority and immigrant groups. Members play an important role in the council's work and in their communities. They hold regular meetings with women's groups, community leaders, and individual women in their respective regions across Canada. This dialogue enables the council to focus on emerging issues and to identify critical concerns which, as our track record shows, result in landmark studies.

This past year, current social issues such as Charter equality rights, women's reproductive health, the Canada Health Act, and the problem of infertility have been analysed by the council. Our research and recommendations have helped set the agenda for the public and government on these issues. I would like to say to committee members that when the council provides advice to the federal government, develops work plans or undertakes research projects, these activities have been scrutinized and assessed in relation to many different perspectives.

Over the past three years, council research has been guided by a comprehensive strategic plan, which was done between 1987 and 1990, that focused on current and emerging issues of concern to women in the economic, social and legal spheres. I have copies of that plan with me today. It is called "Fine Balances: Equal Status for Women in the 1990s". This plan has guided our work effectively for the past two years, and we have implemented the projects of the third year. We are now in the process of finalizing our next strategic plan that will take us into the 1990s. I will discuss this new plan later in my presentation.

First, though, I would like to highlight a number of important issues that the council has been tracking, and review some key research projects and briefs that we have produced in the past year. I have copies of each of the publications here with me today, as well as a copy of our publications brochure.

[Traduction]

organisations les résultats de ses propres travaux, ce qui permet d'ouvrir un débat constructif. Mais par ailleurs, le conseil ne pourrait pleinement jouer son rôle s'il n'était l'organisme largement représentatif qu'il est. Nos membres, en effet, jouent un rôle essentiel de conseil auprès du gouvernement fédéral, et pour ce faire doivent traduire de façon fidèle les aspirations réelles des femmes canadiennes.

A cet égard, je suis heureuse de constater que toutes les régions du Canada, mais également toutes les cultures et modes de vie présents au sein de notre société pluraliste sont représentés au conseil. Il y a parmi les membres du conseil des femmes au foyer, des représentantes du monde des affaires et des professions libérales, des représentantes du monde de l'éducation, des minorités autochtones et raciales, et de la population immigrante. Nos membres participent pleinement aux travaux du conseil mais sont également très actives au sein de leur collectivité. Dans leur région respective, dans tout le Canada, elles entretiennent des contacts permanents avec les groupes de femmes, les personnalités locales, et rencontrent des femmes à titre individuel. C'est ce dialogue qui permet au conseil de rester vigilant, et, si la nécessité s'en fait sentir, d'entreprendre une de ces études dont notre catalogue montre qu'elles deviennent ensuite des travaux de référence.

Ainsi, les travaux du conseil l'ont amené à se pencher sur certaines grandes questions sociales telles que les droits à l'égalité garantis dans la Charte, la santé des femmes et la reproduction, la Loi canadienne sur la santé, et le problème de la stérilité. Nos travaux et des recommandations qu'ils contenaient, ont aidé à orienter le débat, au sein du public et du gouvernement, sur ces questions. Mais avant de donner son avis au gouvernement fédéral, avant de planifier son action ou d'entreprendre des projets de recherche, le conseil se livre à chaque fois à une réflexion approfondie sur les divers aspects du dossier. Je tenais à bien le faire remarquer aux membres du comité.

Au cours des trois dernières années le conseil a organisé ses travaux de recherche selon un plan stratégique global couvrant les années 1987 à 1990 grâce auquel nous avons pu nous pencher plus particulièrement sur les grandes questions qui se posent aux femmes dans les domaines économiques, sociaux et juridiques. J'ai d'ailleurs des exemplaires de ce plan stratégique intitulé: «Un équilibre délicat: l'égalité des femmes au Canada dans les années 1990». Nous nous sommes orientées sur ce plan pour les travaux des deux dernières années et les projets de la troisième. Le plan stratégique suivant, celui des années 1990, sera bientôt prêt, je vous en parlerai plus tard.

Mais j'aimerais tout d'abord m'attarder quelque peu sur un certain nombre de questions importantes qui ont fait l'objet de travaux du conseil, et vous parler de quelques projets de recherche essentiels et mémoires qui ont été publiés l'an dernier. J'ai, en même temps que le catalogue de nos publications, des exemplaires de chacune d'entre elles.

[Text]

During 1989-90, council activities focused on ways to move Canadian society closer to the goal of full social, economic and legal equality for women. Issues of vital importance to women and their families were brought to the forefront through council research and publications such as Charter equality guarantees, reproductive health issues and women's role in their communities and government.

● 0955

The council publication *Every Voice Counts*, released in May 1989, emphasizes that women must have meaningful access to power and more involvement in all spheres of society. The publication is a guide book to personal and political action and underscores the council's commitment to women in their communities. It outlines how women can participate in community organizations or within the political arena to bring about change. The council stresses the need for grassroots individual and community action in the struggle toward complete equality for women.

The council also closely monitored events surrounding the abortion debate in Canada. The court challenges of the summer of 1989 and the proposed abortion legislation led us to reiterate the council's position on reproductive choice. In a background paper the council examined reproductive health issues, notably abortion, in light of the Charter of Rights and Freedoms and the Canada Health Act. A brief to the Commons committee studying Bill C-43 addressed the constitutionality of the abortion bill and focused on the legal, medical and ethical issues surrounding abortion.

The council remains firmly opposed to the recriminalization of abortion through the Criminal Code. Our analysis of Bill C-43 found there is legal basis for women to initiate a Charter challenge as the legislation interferes with a woman's right to liberty and security of the person. Our recommendations to the government reflect our position that abortion can be successfully regulated through the Canada Health Act, thus ensuring equal access across Canada and a uniformly high standard of care.

In September 1989 the council released a ground-breaking analysis of cases involving the equality guarantees in the Canadian Charter of Rights and Freedoms. This work on the Charter resulted in the council's publication, *Canadian Charter Equality Rights for Women: One Step Forward or Two Steps Back*.

Statistics from this exhaustive review of all Charter equality rights cases since 1985 do give rise for concern. The authors noted that the majority of the 591 decisions they studied do not even deal with grounds of disadvantage such

[Translation]

Au cours de l'année 1989-1990, le conseil s'est concentré sur les mesures à prendre pour permettre à la société canadienne de progresser vers l'objectif d'égalité complète pour les femmes sur le plan social, économique et juridique. Les travaux de recherche et les publications du Conseil ont ainsi permis d'attirer l'attention sur un certain nombre de dossiers d'importance cruciale pour les femmes et leur famille tels que la Charte et le droit à l'égalité, l'hygiène de la reproduction et le rôle des femmes au sein de la vie communautaire et politique.

La publication du conseil *Ce que femme veut... guide d'action personnelle et politique*, du mois de mai 1989, met l'accent sur la nécessité de donner aux femmes plus largement accès au pouvoir tout en leur permettant de participer plus pleinement à tous les niveaux de la vie sociale. Cette publication est un véritable guide pour l'action politique et personnelle qui témoigne en même temps du désir du Conseil de promouvoir la participation des femmes à la vie de leur collectivité. Ce guide indique aux femmes comment elles peuvent participer à la vie communautaire ou politique pour promouvoir le changement. Le Conseil rappelle que le travail au niveau local et l'action communautaire sont essentiels à ce combat pour l'égalité complète.

Le Conseil a également suivi de très près le dossier de l'avortement au Canada. Les procès de l'été 1989 et la discussion du projet de loi sur l'avortement nous ont amenées à rappeler les positions du Conseil sur cette question. Dans un document d'information le Conseil examine notamment la question de l'hygiène de reproduction, et plus particulièrement l'avortement, dans leur rapport avec la Charte des droits et libertés et la Loi canadienne sur la santé. Dans un mémoire présenté au Comité législatif de la Chambre des communes du projet de loi C-43, nous discutons de la constitutionnalité de ce projet de loi sur l'avortement, et plus particulièrement les questions juridiques, médicales et éthiques qui s'y rapportent.

Le Conseil reste fermement opposé à toute modification du Code criminel allant dans le sens d'une recriminalisation de l'avortement. Nous estimons que le projet de loi C-43 est une atteinte aux droits fondamentaux des femmes à la liberté et à la sécurité, et qu'à ce titre elles pourraient invoquer la Charte et saisir les tribunaux. Nous avons toujours pensé que cette question de l'avortement pouvait être réglée de façon satisfaisante en modifiant la Loi canadienne sur la santé, ce qui permettrait d'offrir aux Canadiennes des services médicaux de qualité, tout en garantissant l'égalité d'accès à l'avortement. Nos recommandations au gouvernement allaient dans ce sens.

Au mois de septembre 1989 le Conseil a publié une étude, qui fit date, des procès intentés au titre du droit à l'égalité garanti par la Charte canadienne des droits et libertés. Ce travail qui portait sur la Charte nous a permis de publier le document intitulé *La Charte canadienne et les droits des femmes: Progrès ou recul?*

Cette étude complète de tous les procès qui avaient eu lieu depuis 1985 et où avait été invoqué le droit à l'égalité garanti par la Charte, montrait à quel point la situation est préoccupante. Les auteurs faisaient remarquer en effet que

[Texte]

as sex, race, disability or age. Instead, these decisions deal with drunk driving, the manufacturing of pop cans, and airline landing fees. In fact, only 44 of the 591 decisions deal with sex discrimination. The figures are even more startling when the authors show that only nine equality cases were made by or on behalf of women. This is disturbing to us considering the interest women have shown in the Charter, the range of inequalities they experience, and the fact that women make up the majority of Canada's population. In addition, aboriginal, immigrant and racial minorities were the initiators in only six cases.

The research indicates that the courts, lawyers and government are still relying on narrow, formal interpretations of equality—comparing the treatment of one group to another. Such interpretations have been used with extremely discriminatory results for women and other disadvantaged groups. The courts must adopt a model of substantive equality, one that focuses on the conditions of inequality and not only on sameness or difference of treatment. This model would also recognize that remedies are required that will provide effective redress for conditions of inequality.

The study also drew attention to women's lack of access to the courts. The authors stressed that as courts develop interpretations of the Charter equality guarantees, they need to hear women's voices and have the benefit of accurate information about women's experiences.

• 1000

Canadian Charter Equality Rights for Women: One Step Forward or Two Steps Back? has been made available to all judges in Canada at the request of the Canadian Judicial Education Committee.

The council also presented a brief to the legislative committee on Bill C-21, an act to amend the Unemployment Insurance Act. The brief underscored the importance of examining the changes in the contemporary content of women's labour force participation. These realities include women's occupational segregation, women's lower wages and higher unemployment rates, and the pervasive sex discrimination experienced by women.

The council recommended that several provisions of Bill C-21 be rejected by the committee, including provisions related to increased entrance requirements, reduced duration of benefits, the reduction in benefits for adoptive parents, limits on the number of weeks of combined special benefits, and the higher entrance requirements for new entrants and re-entrants. All these provisions affect women more seriously than men, because of their specific place in the labour market.

[Traduction]

dans la majorité des 591 décisions étudiées, il n'était pas question de discrimination faisant intervenir le sexe, la race, un handicap ou l'âge. Il était question de conduite en état d'ébriété, de fabrication des contenants pour boissons gazeuses, et de droits d'atterrissage versés par les compagnies aériennes. De fait, seules 44 des 591 décisions concernaient des cas de discrimination fondée sur le sexe. Les chiffres sont encore plus alarmants lorsque l'on s'aperçoit que seuls neuf procès invoquant le droit à l'égalité avaient été intentés par des femmes ou en leur nom. Quand on sait à quel point celles-ci se sont senties concernées par la Charte, quand on sait à quel point elles sont victimes d'injustices diverses, et que par ailleurs elles représentent la majorité au Canada, on ne peut qu'être alarmé par ces chiffres. Notons en passant que six procès seulement avaient été intentés par des autochtones, des immigrants ou des membres des minorités raciales.

Cette recherche montre par ailleurs que les tribunaux, les avocats et les autorités continuent à interpréter la notion d'égalité de façon étroite et formaliste, et cela notamment en comparant divers groupes entre eux et la façon dont ils sont traités. Cette interprétation, cette façon de procéder, a eu pour les femmes et autres groupes défavorisés des conséquences désastreuses. Les tribunaux doivent au contraire juger sur le fond, donner un contenu à la notion d'égalité, analyser les causes de l'injustice, et ne pas simplement se contenter de constater que tel groupe et tel autre sont traités de la même façon. Ce modèle interprétatif permettrait également d'exiger que de réelles mesures correctives soient appliquées.

L'étude attirait également l'attention sur le fait que les femmes n'ont pas les mêmes possibilités d'intenter des procès. Les auteurs demandent également que les tribunaux, au fur et à mesure qu'ils rendent des décisions concernant les droits à l'égalité garantis par la Charte, entendent la voix des femmes et puissent être informés de façon précise sur leur situation.

La Charte canadienne et les droits des femmes: Progrès ou recul? a été distribué auprès de tous les juges canadiens, et cela à la demande du Comité de la formation des juges.

Le conseil a également présenté un mémoire au comité législatif du projet de loi C-21, loi modifiant la Loi sur l'assurance-chômage. Nous soulignons dans notre mémoire l'importance qu'il y aurait à tenir compte de l'évolution de la situation de la femme au travail dans la société contemporaine, et notamment de l'existence de véritables ghettos professionnels féminins, des bas salaires et du taux de chômage élevé chez les femmes et d'un phénomène de discrimination insidieuse fondée sur le sexe.

Le conseil a recommandé au comité la suppression de plusieurs dispositions du projet de loi C-21, et notamment les dispositions concernant les critères d'admissibilité, la réduction du nombre de semaines de prestations, la réduction des prestations des parents adoptifs, le cumul des raisons particulières, et le resserrement des critères d'admissibilité pour les personnes qui deviennent ou redeviennent membres de la population active. Toutes ces dispositions touchent en effet les femmes plus durement que les hommes, et cela en raison des emplois qu'elles occupent.

[Text]

The council recently released a brief on child poverty in Canada, which outlines the links between the feminization of poverty and the horrifying numbers of Canadian children living below the poverty line. Statistical evidence shows children's poverty is inextricably linked to the poverty of women. The brief argues that much of that poverty is directly affected by government policies and makes recommendations to redress this serious societal concern.

Our most recent publication, which will be released later this week, deals with the problem of infertility. *The Infertility Dilemma: Reproductive Technologies and Prevention* provides an overview of the impact of new technologies that attempt to treat infertility. This new background paper indicates scientific experimentation is not the only treatment needed; rather, infertility is a social issue that needs society's attention. The new technologies do not address infertility prevention and reproductive health promotion, concerns that are especially important, because the success rates of experimental technologies remain low.

The Infertility Dilemma shows that sexually transmitted diseases are a preventable cause of infertility, but some diseases are on the increase, especially among young girls. The emphasis must be put upon preventing these diseases, instead of trying to cure them in the laboratory. The research shows that the search for fertility must emphasize the broader social and community issues involved if a healthy public policy concerning new reproductive technologies is to be developed.

Administratively, the council continues to evaluate the functioning of its various departments, and the ability of these departments to meet the growing demands of the council's many audiences. During the past year, the council distributed over 150,000 documents. As a result of a past study of our distribution system, council documents are no longer distributed from the council's three offices—that is, the central and two regional offices—but are distributed solely from Ottawa, to improve efficiency and cost effectiveness. More effective regional distribution has been achieved through information centres across the country, in rural and urban communities.

With the support of council members, women's groups, community centres and provincial advisory councils on the status of women, these information centres are ensuring that many more communities are served, and that our publications and research are more readily available. As well, council research is available in libraries across the country.

• 1005

At this time I would like to direct your attention to the issues the council will be addressing this year and over the next three years. New issues emerge regularly in every community across Canada. As we move into the 1990s, there

[Translation]

Le conseil a également publié récemment un mémoire sur la pauvreté et l'enfance au Canada, mettant en évidence les rapports qui existent entre l'augmentation du nombre de femmes qui vivent dans la pauvreté le nombre effrayant d'enfants canadiens vivant au-dessous du seuil de pauvreté. Les statistiques prouvent que la pauvreté des enfants est un phénomène intimement lié à celui de la pauvreté chez les femmes. Notre étude montre que le gouvernement a une large part de responsabilité dans cette pauvreté, et propose en recommandation un certain nombre de mesures visant à corriger une situation préoccupante pour tous.

Notre dernière publication, qui sera disponible à la fin de la semaine, concerne le problème de la stérilité. *La fertilité à l'heure de la procréatique... Et la prévention?* passe en revue les techniques modernes de traitement de la stérilité. Cette nouvelle étude sur la question montre que l'on ne peut pas, dans ce domaine, s'en tenir à la seule expérimentation médicale. Le problème de la stérilité a également une dimension sociale. Or les nouvelles techniques médicales laissent de côté l'effort de prévention, et la promotion de l'hygiène de reproduction, qui prennent une importance d'autant plus particulière que le taux de succès de ces nouvelles techniques reste assez bas.

La fertilité à l'heure de la procréatique montre que les maladies sexuellement transmissibles sont une cause évitable de stérilité, alors que par ailleurs certaines de ces maladies sont de plus en plus fréquentes, tout particulièrement chez les toutes jeunes filles. L'accent doit donc être mis sur la prévention, plutôt que sur la cure en laboratoire. L'effort de lutte contre la stérilité doit mettre l'accent sur la dimension sociale et communautaire, c'est à cette condition que l'on pourra véritablement parler d'une politique des techniques de la reproduction.

Sur le plan administratif le Conseil continue à évaluer la performance de ces divers services, et leurs aptitudes à satisfaire la demande croissante émanant des diverses clientèles du Conseil. Au cours de l'année passée nous avons distribué plus de 150,000 documents. Après avoir fait faire une étude de son réseau de distribution, le Conseil a décidé de ne plus faire distribuer ces documents à partir des trois bureaux—c'est-à-dire le bureau central et les deux bureaux régionaux—mais uniquement à partir d'Ottawa, et cela afin d'améliorer notre efficacité et notre rentabilité économique. Grâce à des centres d'information disséminés dans le pays nous avons obtenu une distribution régionale plus efficace, en milieu rural et urbain.

Grâce à la collaboration des membres du Conseil, des organisations féminines, des centres communautaires et des conseils consultatifs provinciaux sur la situation de la femme, ces centres d'information nous permettent de desservir un nombre plus important de localités et de distribuer plus facilement nos publications et travaux de recherche. Ceux-ci se trouvent également dans les bibliothèques du pays.

J'aimerais maintenant aborder pour vous les questions dont le Conseil va s'occuper cette année et les trois années suivantes. De nouvelles questions se posent régulièrement dans les différentes collectivités canadiennes. Tandis que nous

[Texte]

is no doubt that the Canadian Advisory Council on the Status of Women will continue to be at the forefront in identifying, analysing, and bringing to public attention issues that have or may have an impact on women's lives.

As we continue working on a new strategic plan for the period of 1990 to 1993, council members have identified research issues in the economic, social, and legal areas. Let me give you some examples of these.

In the economic area the council will continue its work on three major research projects: the impact of taxation policies on women as participants in the paid and unpaid labour force; poverty and the working poor, which will provide a basic reference work for social policy and feminist researchers as well as policy-makers; and a major study on the lives and experiences of 250 women entrepreneurs across the country. The findings of this study will enable the council to develop recommendations to help policy-makers understand the forces that create and sustain entrepreneurship, and to develop proposals that will better support women who are starting their own businesses.

In addition, a selection of continuing and emerging economic issues proposed for study by the council includes income security, labour adjustment policies, work and family responsibilities, and employment equity.

Among the social issues that the council will continue to study are the lives and experiences of racial minority women in Canada, the evolving nature of Canadian families, and the status of home-making in today's society, with an outline of the various gaps in policies and support services available to homemakers.

A selection of emerging social issues proposed for study by the council includes health and women's well-being; housing and homelessness; education, training, and the advancement of women's ways of learning; women and sports; and the environment.

Finally, in the legal area the council will continue to study reproductive health issues and constitutional guarantees of equality. A selection of issues proposed for study by the council includes women and family law reform; women and politics; and women's freedom from violence.

Every effort will be made in every research project to ensure that the special needs of all women are addressed, including aboriginal women, immigrant and racial minority women, and women with disabilities.

The Canadian Advisory Council on the Status of Women was formed out of a struggle for justice in this country. But as a movement it has to be truly committed to equality. Its members must work for justice and equity for all groups, and that has not always been the case in the women's movement.

[Traduction]

abordons les années 90, il n'y aucun doute que le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme continuera à être à l'avant-garde pour identifier, analyser et faire connaître au public les questions qui ont ou qui peuvent avoir des répercussions sur la vie des femmes.

Tandis que nous continuons à travailler à notre nouveau plan stratégique pour la période de 1990 à 1993, les membres du Conseil ont constaté qu'il était nécessaire de faire des recherches dans les domaines économique, social et juridique. Permettez-moi de vous donner quelques exemples.

Dans le domaine économique, le Conseil continuera à travailler à ces trois principaux projets de recherche: les répercussions de la politique d'imposition sur les femmes en tant que membres de la population active payée ou non; la pauvreté et les travailleurs pauvres, ce qui constituera un travail fondamental de référence pour la politique sociale et à l'intention du personnel de recherche féministe aussi bien que des décideurs; enfin une étude importante sur la vie et l'expérience des 200 femmes chefs d'entreprises du Canada tout entier. Les résultats de cette étude permettront au Conseil de mettre au point des recommandations en vue d'aider les décideurs à comprendre les forces qui créent et encouragent l'entrepreneuriat, et de faire des propositions pour mieux aider les femmes qui lancent leur propre entreprise.

De plus, toute une série de questions économiques permanentes et nouvelles que le Conseil se propose d'étudier sont notamment la sécurité du revenu, les politiques d'adaptation de la main-d'oeuvre, les responsabilités professionnelles et familiales et l'équité en matière d'emploi.

Parmi les questions sociales que le Conseil continuera à étudier figure la vie et l'expérience des femmes appartenant aux minorités ethniques du Canada, la nature évolutive de la famille canadienne et la situation des femmes au foyer dans la société d'aujourd'hui; on insistera sur les diverses lacunes existant dans les politiques et les services d'aide s'adressant aux femmes au foyer.

Parmi les nouvelles questions de nature sociale que le Conseil se propose d'étudier figurent la santé et le bien-être des femmes; le logement et les sans-abri; l'enseignement, la formation et l'amélioration des possibilités d'apprentissage pour les femmes; les femmes et le sport; et l'environnement.

Enfin, dans le domaine juridique, le Conseil continuera à étudier l'hygiène de la reproduction et les garanties constitutionnelles d'égalité. Les autres questions que le Conseil se propose d'étudier sont notamment les femmes et la réforme du droit de la famille; les femmes et la politique; et une vie sans violence pour les femmes.

Nous ferons le maximum pour que chaque projet de recherche porte effectivement sur les besoins particuliers de toutes les femmes, y compris les femmes autochtones, les immigrantes et les femmes appartenant aux minorités ethniques; et les femmes handicapées.

Le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme est né de la lutte pour la justice dans notre pays. Mais en tant que mouvement, il se doit d'oeuvrer véritablement pour l'égalité. Ses membres doivent travailler pour la justice et l'équité de tous les groupes, ce qui n'a pas toujours été le cas dans les mouvements féministes.

[Text]

If we are to have a truly revitalized feminist movement in Canada and if we are to truly seek to represent the interests and needs of all women in Canada, we must confront the prejudice in which we have been socialized. Until the feminist movement in Canada extends itself outward and reaches out to embrace all women, aboriginal women, women of colour, immigrant women and women with disabilities will continue to feel that the movement does not represent their particular interests and that they are not welcome at the table.

So let me tell you about my vision as the new president for the next decade. My vision is a vision of a council that is more inclusive, a vision of a council whose research findings will have the language of all the women of Canada. It will be very accessible to all of them. It is a vision of a time in Canada when young women will no longer face the violence they now face in this society. We have heard of instances such as the Montreal massacre, the brutal murder of the young woman who was returning to the University of Western Ontario. All these are frightening examples that the streets are not free for our daughters.

• 1010

Mine is a vision of a time when all women will find dignity in this society, when women of all colours, races and religion will feel that they have a right to be truly Canadians and that they will no longer be discriminated against and be doubly disadvantaged because of race and gender and religion and sexual orientation.

Mine is a vision of a time when women with disabilities will have access to all the institutions of Canada, when aboriginal women will not continue to live under the conditions of the past 400 years, when immigrant women will not have to apologize for their immigrant status, that they will know that this country was built by immigrants and that they have a right to be here.

Mine is a vision of a time when women of varying sexual orientations will not have to be oppressed, that they too will be able to contribute fully to the society.

Mine is a vision of a time when all men will support women's issues and will make it one of the major issues in social change in Canadian society. It is a vision of a time when all women will certainly feel that they too are counted.

As you know, this vision cannot be achieved in giant steps, nor in leaps and bounds. It will be achieved one small step at a time. Hannah Arendt, a philosopher who grappled with the question of the holocaust, talks about the banality of evil. She looked for what set the perpetrators of the holocaust apart from the rest of us. What was it that was special about them? She concluded—nothing. Evil does not come clearly marked. It is not set apart. It is in the accumulation of small actions performed daily. Sexism and racism are similarly found around us, are manifested daily and must be combatted daily.

[Translation]

Si nous voulons avoir au Canada un mouvement féministe vraiment renouvelé et si nous voulons vraiment essayer de représenter les intérêts et les besoins de toutes les femmes canadiennes, il nous faut faire face aux préjugés dans lesquels on nous a enfermés sur le plan social. Tant que le mouvement féministe canadien ne s'ouvrira pas à l'extérieur pour englober toutes les femmes, les femmes autochtones, les femmes de couleur, les immigrantes et les femmes handicapées continueront à avoir le sentiment que le mouvement ne représente pas leurs intérêts particuliers et que leur participation n'est pas bien accueillie.

Vous me permettrez donc, en tant que présidente nouvellement nommée de vous faire part de ma vision des choses pour la prochaine décennie. J'entrevois un conseil regroupant des membres plus représentatifs de la société en général, un conseil s'exprimant, lorsqu'il fait part des résultats de ses recherches, au nom de toutes les femmes du Canada. Il sera accessible à toutes. J'entrevois pour le Canada une période où les jeunes femmes n'auront plus à être confrontées à la violence comme elles le sont maintenant dans notre société. Nous avons comme exemple le massacre de Montréal, le meurtre sauvage d'une jeune femme qui revenait à l'Université Western Ontario. Ce sont des exemples effrayants qui montrent que nos rues ne sont pas sûres pour nos filles.

J'entrevois une époque où toutes les femmes trouveront dans notre société la dignité, où les femmes de toutes les couleurs, de toutes les races et de toutes les religions auront le sentiment d'avoir le droit d'être véritablement canadiennes et de ne plus être en butte à la discrimination en raison de leur race, de leur sexe, de leur religion et de leur orientation sexuelle.

J'entrevois une époque où les femmes handicapées auront accès à toutes les institutions canadiennes, où les femmes autochtones n'auront plus à vivre dans les conditions qu'elles ont connues ces 400 dernières années, où les immigrantes n'auront pas à s'excuser de leur statut d'immigrante et sauront que ce pays a été construit par des immigrants et qu'elles ont le droit d'être ici.

J'entrevois une époque où les femmes de diverses orientations sexuelles ne seront plus opprimées et pourront participer pleinement à la société.

J'entrevois une époque où tous les hommes s'intéresseront aux problèmes des femmes et en feront l'un des éléments essentiels de l'évolution sociale de la société canadienne. Ce sera une époque où toutes les femmes auront le sentiment qu'elles comptent aussi.

Comme vous le savez, les progrès ne seront pas fulgurants. Il faudra procéder par petites étapes. Hannah Arendt, philosophe qui s'est intéressée à la question de l'holocauste, parle de la banalité du mal. Elle a essayé de voir ce qui distinguait de nous les auteurs de l'holocauste. Qu'avaient-ils de spécial? Elle en est arrivée à la conclusion que rien ne les distinguait. Le mal n'est pas clairement démarqué. Il ne se distingue pas. Il est le résultat de l'accumulation de petites actions faites jour après jour. On trouve également autour de nous le sexisme et le racisme. On en a des exemples tous les jours et il faut le combattre tous les jours.

[Texte]

As we move into the 1990s, council members will continue to be vigilant in monitoring events and issues in their areas of the country and bring to the council these issues which must be addressed at the national level and by the federal government. Together, we will continue to work to close the gaps in policies and programs, to ensure that all women's voices are present in decision-making. We will continue to seek new partnerships through consultation, discussion, and debate. The end result will not only be a society that better reflects the values of all women and men but also a society based on equality, with a finer balance.

Thank you very much for your attention and I will be very pleased to answer any questions that you have.

The Chairman: Thank you very much, Ms Simms. We appreciate the presentation you have made this morning. You have touched on a great many areas and our members will have questions for you.

Next week Bill C-43 comes before the House. I think you had indicated that you have a brief relative to the constitutionality of the abortion legislation. I think you also indicated you felt there may be grounds for a legal challenge, and I assume that is for the bill as it is in its present form. Would you enlarge on your position on that? It is perhaps timely in light of the present situation we are facing.

Ms Simms: Yes. Madame Suzanne Boivin of Montreal presented a legal opinion to this committee. We believe the bill will not stand up to a challenge under the Charter. Eli, you probably could elaborate more on the substantive arguments of Madame Boivin.

Ms Eliane Silverman (Director of Research, Canadian Advisory Council on the Status of Women): I cannot actually elaborate on them. Would you like us to send you over immediately that analysis? It is based on security of the person analysis, and this particular legal opinion does suggest, as our presentation this morning indicates, that there are some issues about this. . . I am sorry; it is an argument that I personally cannot recapitulate very well. However, we can send that along to you immediately.

• 1015

The Chairman: Thank you. At this time, I think all the information members have at their disposal in making the decisions they will have to make in the next week or two is probably important.

Ms Greene (Don Valley North): I certainly appreciate your comments. I think you are a very eloquent spokeswoman for women's issues. Your council is certainly addressing a great number of them. There are some that I am particularly interested in at the moment, the question of child poverty in particular. You said you had written a brief on this. Are you presenting it to our subcommittee?

[Traduction]

Tandis que nous abordons les années 90, les membres du Conseil continueront à suivre de près les événements et les problèmes de leur région afin de faire part au conseil des questions qui devront être traitées au niveau national et par le gouvernement fédéral. Ensemble, nous continuerons à travailler à combler les lacunes existant dans les politiques et les programmes afin de faire en sorte que la voix de toutes les femmes se fasse entendre lorsqu'on prend des décisions. Nous essaierons de créer de nouvelles associations grâce à la consultation, à la discussion et au débat. Nous aboutirons ainsi non seulement à une société qui reflète davantage les valeurs de toutes les femmes et de tous les hommes mais qui ait aussi pour base l'égalité et un équilibre plus précis.

Je vous remercie de votre attention. Je serai heureuse de répondre à toutes les questions que vous avez à me poser.

Le président: Merci beaucoup, madame Simms. Nous vous remercions de votre exposé de ce matin. Vous abordez un grand nombre de domaines et les membres du comité auront des questions à vous poser.

La semaine prochaine, le projet de loi C-43 sera présenté à la Chambre. Je crois que vous avez dit avoir un exposé sur la constitutionnalité de la législation de l'avortement. Vous avez aussi laissé entendre qu'il y aurait peut-être matière à contestation juridique, et j'imagine que cela vaut pour le projet de loi dans sa forme actuelle. Pourriez-vous nous préciser votre position à cet égard? C'est peut-être le moment de le faire étant donné la situation.

Mme Simms: Oui. M^{me} Suzanne Boivin de Montréal a présenté une opinion juridique au comité. Nous pensons que le projet de loi ne résistera pas à une contestation en vertu de la Charte. Eli, vous pourrez sans doute nous en dire davantage sur les principaux arguments de M^{me} Boivin.

Mme Eliane Silverman (directrice de la recherche, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme): Je ne pourrais vous donner le détail. Voudriez-vous que nous vous envoyions immédiatement cette analyse? Elle se fonde sur l'analyse de la sécurité de la personne, et cette opinion juridique particulière montre, comme vous l'avez indiqué dans votre exposé de ce matin, qu'il y a certaines questions sur ce. . . Je regrette, je n'arrive pas à récapituler parfaitement cet argument. Mais nous pouvons vous envoyer immédiatement ce document.

Le président: Merci. Je crois que tous les documents qu'on pourra mettre à la disposition des membres du comité ont leur importance en ce moment et leur permettront d'arriver aux décisions qu'ils devront prendre la semaine prochaine ou dans les deux prochaines semaines.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Vos remarques sont très intéressantes. Je trouve que vous vous exprimez avec éloquence sur les questions féminines. Votre conseil semble en effet s'occuper d'un grand nombre d'entre elles. Il y en a quelques-unes qui m'intéressent plus particulièrement en ce moment, et je citerai notamment la question de l'enfance pauvre. Vous avez dit avoir écrit un mémoire à ce sujet. Allez-vous le présenter au sous-comité?

[Text]

Ms Simms: We have already presented it to the Senate committee.

Ms Greene: We also have a subcommittee of this committee that is looking at that issue. I think it should certainly be presented there too.

Ms Simms: We will look into that.

Ms Greene: I understand you have a research study on the question of the taxation policy as it affects women in the paid and unpaid work force. As you know, this is currently a matter of discussion within our caucus, and there is a court case going on at the moment. I am wondering if you would have some comments on that. Does your preliminary work indicate that women who are at home are being discriminated against to any degree?

Ms Simms: We have just started on that study, Ms Greene, and we do not have any results from it yet.

Ms Greene: On the question of violence against women, I note that the government programs in the women's area seem to focus on family violence, and yet in your comments, you mention the fact that there are other instances of violence that are becoming more and more obvious. What are you doing to address the larger issues of violence against women in society in general?

Ms Simms: That is what we are looking at. We did a study called "Battered but not Beaten", which focused on wife battering or spouse battering. We are becoming more and more concerned about the general violence in society, the level of violence in society, which is not just in private but also in public life. Those are the issues we are looking at. We have not yet formulated the direction in which we are going, but we are really concerned about that. We think violence in society—violence against women—will be the major issue of this decade. It is very frightening.

Ms Greene: Are you looking at the media presentations, that whole area?

Ms Simms: I think we will be looking at quite a number of issues. We have not defined this.

Ms Silverman: I am sorry, I do not understand just what you mean. Do you mean media representation of violence?

Ms Greene: Violence against women in the media. The presentations in advertising, in television programming, in films of women as victims, enjoying abuse, violence against women being made to look pleasurable.

Ms Silverman: We are doing very little with that, because that is largely the work of Media Watch. There are so many other organizations working on exactly that subject. We feel very strongly that we do not want our work to replicate that which either scholarly or activist groups are doing. In fact, we have never focused very much on that subject.

[Translation]

Mme Simms: Nous l'avons déjà présenté au comité du Sénat.

Mme Greene: Nous avons également un sous-comité de ce comité qui étudie la question. J'imagine qu'il devrait également lui être présenté.

Mme Simms: Nous étudierons la question.

Mme Greene: Vous dites avoir entrepris des travaux de recherche sur la question de la politique d'imposition dans la mesure où elle touche les femmes de la population active qui sont payées ou non. Comme vous le savez, cette question fait actuellement l'objet d'une discussion au sein de notre caucus et un procès se déroule en ce moment devant les tribunaux. Auriez-vous quelques remarques à faire à ce sujet? Vos travaux préliminaires indiquent-ils que les femmes qui restent au foyer font l'objet d'une discrimination quelconque?

Mme Simms: Nous venons de lancer cette étude, madame Greene, et nous n'avons encore aucun résultat.

Mme Greene: Pour le problème de la violence contre les femmes, je constate que les programmes gouvernementaux s'adressant aux femmes s'attachent à la violence familiale, et cependant dans vos remarques, vous dites qu'il y a d'autres exemples d'actes de violence qui deviennent de plus en plus évidents. Que faites-vous à l'égard de cette violence plus généralisée contre les femmes?

Mme Simms: Nous nous en occupons. Nous avons réalisé une étude intitulée «Pour de vraies amours», qui portait essentiellement sur les mauvais traitements infligés aux femmes ou aux conjointes. Nous sommes de plus en plus préoccupées par la violence générale de la société, par l'importance de la violence dans la société, qu'on ne constate plus seulement dans la vie privée, mais aussi dans la vie publique. Ce sont des problèmes que nous étudions. Nous n'avons pas encore fixé exactement l'orientation que nous allons prendre, mais nous nous préoccupons de ces questions. Nous pensons que la violence dans la société—violence contre les femmes—sera la question essentielle de cette décennie. C'est très effrayant.

Mme Greene: Tenez-vous compte des images transmises par les médias, etc.?

Mme Simms: Je crois que nous allons étudier diverses questions, mais cela reste à définir.

Mme Silverman: Je regrette, je ne comprends pas ce que vous voulez dire. Voulez-vous parler de la peinture faite par les médias de la violence?

Mme Greene: La violence contre les femmes dans les médias. La peinture de la femme dans les annonces publicitaires, dans les émissions télévisées, dans les films montrant des femmes victimes, heureuses d'être maltraitées, la violence contre les femmes étant montrée comme quelque chose d'agréable.

Mme Silverman: Nous faisons très peu à ce sujet, car c'est surtout le travail de *Media Watch*. Il y a tellement d'autres organisations qui travaillent sur ce sujet précisément. Nous tenons à ce que notre travail ne reprenne pas celui qu'effectuent des scientifiques ou des groupes d'actions. En fait, nous ne nous sommes jamais beaucoup attachées à ce sujet.

[Texte]

What we are doing, however, in that respect which may interest you, vis-à-vis media particularly, is an analysis of language, both overt and covert, used by the print media particularly with respect to women in highly visible positions, women like yourself, MPs, for example. How are they represented as women in powerful positions? I think this is extremely interesting, because in concert with the member's desire always to be urging ever larger numbers of women into positions of political power particularly, we have had to ask ourselves why it is such an inhospitable climate for women to find themselves in the political realm—party politics, appointive and elected positions.

• 1020

We discerned one of the ways, of course—not necessarily the overt messages, but the very covert messages that end up making a person who might otherwise seek power feel this was not the place she wanted to find herself, that she did not want to be vulnerable in that particular way.

That is about as close as we are getting, I would say, to that kind of analysis of media representations. It is much more an analysis of language, really, but public use of language—i.e., in the community as created by public literature, the media.

More specifically, the question you have asked about—the issue of representations of violence—is, I repeat, something other researchers and other activist groups like Media Watch are doing so well. They brought the issue to our attention and made us so sensitive to it.

Ms Greene: The Court Challenges Program and the question of women's rights is a very key question. Are you looking at helping various groups to bring forward issues for that program, issues that could be addressed in the courts?

Only nine equality cases were addressed. We did this review of the Court Challenges Program with the Human Rights Committee, and I think one of the very important things is to identify issues that should be addressed in the courts concerning women's rights. Is the Advisory Council doing anything in that area?

Ms Marguerite Alexander (Director of Publications and Acting Director of Public Affairs, Canadian Advisory Council on the Status of Women): This year the council passed a recommendation that was widely publicized: that the Court Challenges Program should be extended indefinitely, and that the terms of reference should be extended to cover a wide variety of equality issues. So the council has taken a public position on that, and has made it very well known to the people involved in government.

Ms Greene: And what issues have you identified as appropriate for court challenges?

Ms Alexander: I could send you a copy of the recommendation, which details the exact parameters we would like to see in the criteria for the acceptance of court challenges cases.

[Traduction]

Mais ce que nous faisons qui pourrait vous intéresser et qui concerne particulièrement les médias, c'est une analyse du langage utilisé par la presse écrite plus particulièrement, pour qui est des termes utilisés aussi bien que des sous-entendus, concernant les femmes qui sont très en vue et qui ont des postes élevés comme vous-même, les députées, par exemple. Quelle idée donne-t-on de ces femmes qui assument des postes élevés? Je trouve cela très intéressant car étant donné la volonté des députées d'avoir de plus en plus de femmes à des postes de responsabilité politique notamment, nous nous sommes demandé pourquoi le milieu politique était si peu accueillant pour les femmes, qu'il s'agisse des partis politiques, des postes obtenus à la suite de nominations et d'élections.

Nous avons constaté que l'une des façons de jouer du langage—qui ne figurait pas nécessairement dans le message proprement dit, mais plutôt dans les sous-entendus—était que l'on finissait par faire sentir à l'intéressée qui recherchait peut-être par ailleurs le pouvoir, que ce n'était pas la place qu'elle espérait et qu'elle ne voulait pas être vulnérable à cet égard.

Voilà où nous en sommes de l'analyse des représentations données par les médias. C'est bien plus une analyse du langage, mais de l'utilisation publique du langage—c'est-à-dire dans la collectivité—langage créé par la littérature publique et les médias.

Pour en revenir plus précisément à la question que vous avez posée sur le problème de la peinture de la violence, je le répète, d'autres chercheurs et d'autres groupes d'action comme *Media Watch* s'en occupent fort bien. Ils ont apporté ce problème à notre attention et nous y ont sensibilisées.

Mme Greene: Le Programme de contestation judiciaire et la question des droits de la femme est une question tout à fait essentielle. Envisagez-vous d'aider divers groupes à présenter des cas dans le cadre de ce programme, des cas qui pourraient faire l'objet de contestations devant les tribunaux?

On ne s'est occupé que de neuf cas d'égalité. Nous avons examiné le Programme de contestation judiciaire avec le Comité des droits de la personne et je pense qu'il est très important que l'on identifie des causes concernant les droits de la femme qui pourraient être portées devant les tribunaux. Le Conseil consultatif fait-il quelque chose à cet égard?

Mme Marguerite Alexander (directrice des Publications et directrice des Affaires publiques par intérim, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme): Cette année, le Conseil a adopté une recommandation que l'on a largement fait connaître, à savoir que le Programme de contestation judiciaire devrait être prolongé indéfiniment et que le mandat devrait être élargi afin de permettre de traiter un très grand éventail de questions d'égalité. Le Conseil a ainsi pris position officiellement à cet égard et l'a fait savoir aux responsables du gouvernement.

Mme Greene: Et quelles questions vous ont paru appropriées pour ce programme?

Mme Alexander: Je pourrais vous envoyer un exemplaire de la recommandation qui donne de façon détaillée les paramètres exacts que nous aimerions voir accepter comme critères de sélection des cas de contestation judiciaire.

[Text]

Ms Greene: You are not doing anything, though, to get the public to bring forward cases?

Ms Alexander: No. We have not done anything publicly on that.

Mr. Halliday (Oxford): I am interested in a number of questions. One is your mandate. As the president also indicated, I think it is fairly broad and has too many aspects to it. What is lacking in your mandate that makes it necessary for the National Action Committee on the Status of Women to be so active, and so much in the limelight? What is lacking from your mandate that requires them to even exist?

Ms Simms: I think the National Action Committee on the Status of Women has to exist outside of what we do. They are an umbrella group of women's organizations, and we are not, so I see our role as distinct, really. We advise the government and do public education; they work with grassroots movements, and they have memberships, and so on, so it is a whole different structure.

They would see themselves as more of an advocacy group and I think we are more advisory, although there is a fine line between advising and advocacy. It is a fine line, but they are a whole different organization of grassroots women's groups. We have contacts with all those women's groups and we advise them and offer them public education, but we do not become involved with their day-to-day operation or ideology.

• 1025

Mr. Halliday: But do you listen to them?

Ms Simms: Yes. We definitely listen to them, and are trying to listen more and more to all the women's groups, through our yearly symposiums, the forums we put together, our publications and the communication network we are setting up. We definitely have to listen because, if we do not listen to women's groups, we cannot advise appropriately.

Mr. Halliday: When you listen to them, are they as uncouth and discourteous to you as they are to Members of Parliament when they come here?

Ms Simms: They know I do not govern them. Perhaps when I become part of the government, they will then challenge me.

Mr. Halliday: Do you think their funding should be increased? The funding of the National Action Committee on the Status of Women, for example.

Ms Simms: The government has not increased their funding as much—

Mr. Halliday: I am asking if you think that funding should be increased.

Ms Simms: I do not know. I think you are putting me in a very funny position in asking me to answer that. I do not think it is a fair question. If you want to meet with me privately, I could discuss that question with you.

[Translation]

Mme Greene: Vous ne faites cependant rien pour que le public fasse connaître des cas?

Mme Alexander: Non, nous n'avons rien fait publiquement à cet égard.

M. Halliday (Oxford): Il y a plusieurs questions qui m'intéressent. La première est votre mandat. Comme l'a indiqué votre présidente, je crois qu'il est assez vaste et qu'il comporte trop d'éléments. Que manque-t-il à votre mandat pour que le Comité canadien d'action sur la situation de la femme soit obligé d'être si actif et si présent? Que manque-t-il à votre mandat pour qu'un tel organisme doive exister?

Mme Simms: Je crois que le Comité canadien d'action sur la situation de la femme doit exister en-dehors de ce que nous faisons. Il s'agit d'une fédération de divers organismes féminins, ce que nous ne sommes pas, et j'estime donc que notre rôle est différent. Nous conseillons le gouvernement et nous éduquons le public; le Comité travaille avec les mouvements de la base, et leurs membres, etc.; il s'agit donc d'une structure tout à fait différente.

Il se considère davantage comme un groupe de pression et nous sommes plutôt un organisme de consultation, bien que la limite ne soit pas très claire entre la consultation et la défense. La limite est ténue, mais il s'agit d'une organisation tout à fait différente rassemblant des groupes féminins locaux. Nous avons des contacts avec tous ces groupes féminins et nous les conseillons, nous leur offrons des outils de développement mais nous ne participons pas à leurs activités quotidiennes et ne faisons pas nôtre leur idéologie.

M. Halliday: Les écoutez-vous?

Mme Simms: Oui. Nous les écoutons et nous essayons même d'écouter de plus en plus tous les groupes féminins, dans le cadre de nos symposiums annuels, des rencontres que nous organisons, grâce à nos publications et aux réseaux de communication que nous sommes en train d'établir. Il nous faut absolument les écouter car, si nous n'écoutons pas les groupes féminins, nous ne pouvons pas donner des conseils judicieux.

M. Halliday: Lorsque vous les écoutez, ces représentantes des groupes sont-elles aussi grossières et impolies avec vous qu'elles le sont avec les députés lorsqu'elles viennent ici?

Mme Simms: Elles savent que je n'ai pas de pouvoir sur elles. Peut-être que si je faisais partie du gouvernement, elles mettraient en doute ce que je dirais.

M. Halliday: Pensez-vous qu'il faille augmenter leur financement? Le financement du Comité canadien d'action sur la situation de la femme, par exemple.

Mme Simms: Le gouvernement n'a pas augmenté leur financement autant...

M. Halliday: Je vous demande si vous pensez qu'il faille augmenter leur financement.

Mme Simms: Je ne sais pas. Vous me placez dans une drôle de situation en me posant cette question. Je ne pense pas qu'elle soit juste. Si vous voulez me rencontrer en privé, je pourrais discuter de cette question avec vous.

[Texte]

Mr. Halliday: I see in the material we have on part III of the estimates that you have 44 person-years.

Ms Simms: Yes.

Mr. Halliday: Are any males included in your 44 person-years?

Ms Simms: Yes, as a matter of fact, I have three men, but I do not have a lot of the other groups, so the men are already over-represented vis-à-vis the other groups.

Mr. Halliday: So there are three men in the 44 person-years.

Ms Simms: Yes. We do hire men.

Mr. Halliday: How many of the 44 employees are disabled?

Ms Simms: None.

Mr. Halliday: When you talked about your vision, I noticed that you did not make any mention of disabled people. You mentioned six or eight other categories, but not disabled people.

Ms Simms: That was an oversight.

Mr. Halliday: How do you account for the fact that out of 44 employees you have no one who indicates they are disabled?

Ms Simms: I just started the job on January 15, and know nothing about the hiring practices of the past. I observed a lack of visible minorities and of disabled people. There are no aboriginal persons and there is only one member of a visible minority on the staff. I will make an effort to ensure that we reflect the face of Canada. I am quite concerned, as you are, about—

Mr. Halliday: To increase the. . .

Ms Simms: Definitely.

Mr. Halliday: Is anyone on the council itself disabled?

Ms Simms: No.

Mr. Halliday: Does the government appoint anyone who is obviously disabled?

Ms Simms: No, but I have made a recommendation to the Minister Responsible for the Status of Women to advise that there are openings on the council and to make the council representative of the population. I have made a strong plea to appoint a disabled person, because many are very capable of doing the work we do.

I have tried to make a recommendation, but perhaps I could have your support, because these are political appointments. So having recommended that action, I have no control over who is appointed, as you well know.

Mr. Halliday: I realize that. I just wondered whether we did have anyone at present.

Ms Simms: No.

[Traduction]

M. Halliday: Je vois dans le document que nous avons, à la partie III du budget, que vous avez 44 années-personnes.

Mme Simms: Oui.

M. Halliday: Y a-t-il des hommes dans ces 44 années-personnes?

Mme Simms: En fait oui, il y a trois hommes, mais je n'ai pas les chiffres pour beaucoup d'autres groupes, de sorte que les hommes sont déjà sur-représentés par rapport aux autres groupes.

M. Halliday: Il y a donc trois hommes dans ces 44 années-personnes.

Mme Simms: Oui. Nous engageons des hommes.

M. Halliday: Sur les 44 employés, combien sont handicapés?

Mme Simms: Aucun.

M. Halliday: Lorsque vous avez parlé de votre vision des choses, j'ai constaté que vous n'avez pas mentionné les handicapés. Vous avez cité six ou huit autres catégories, mais pas les handicapés.

Mme Simms: C'est un oubli de ma part.

M. Halliday: Comment expliquez-vous que sur 44 employés, aucun ne soit handicapé?

Mme Simms: J'ai pris possession de mon poste le 15 janvier et je ne sais pas quelles étaient les méthodes d'embauche appliquées dans le passé. J'ai constaté que les minorités visibles et les handicapés n'étaient pas représentés. Il n'y a pas d'autochtones et il y a seulement un membre des minorités visibles au sein du personnel. Je m'efforcerai que la composition de notre personnel reflète celle du Canada. Je suis aussi préoccupée que vous par. . .

M. Halliday: Augmenter le. . .

Mme Simms: Absolument.

M. Halliday: Y a-t-il un handicapé au sein du conseil proprement dit?

Mme Simms: Non.

M. Halliday: Le gouvernement a-t-il nommé quelqu'un qui soit de toute évidence handicapé?

Mme Simms: Non, mais j'ai fait une recommandation à la ministre chargée de la situation de la femme l'informant de postes qui se libéreraient au sein du conseil et lui demandant de faire en sorte que le Conseil reflète la population canadienne. J'ai demandé avec force qu'on nomme une personne handicapée, car bon nombre d'entre elles sont tout à fait capables de faire le travail que nous faisons.

J'ai essayé de faire une recommandation, mais peut-être pourriez-vous m'accorder votre soutien car il s'agit de nominations politiques. Une fois la recommandation faite, je n'ai pas la moindre influence sur la nomination, comme vous le savez fort bien.

M. Halliday: Je comprends. Je me demandais simplement s'il y avait quelqu'un à l'heure actuelle.

Mme Simms: Non.

[Text]

Mr. Halliday: In the area of equality, I ask this question tongue in cheek, realizing the concern you have for equality rights. Equality goes both ways, as an equal sign goes both ways. How do you feel about the membership of university women's clubs and institutes, for example? Do you feel that membership in those groups should be confined to women, in this day and age?

Ms Simms: I would have to analyse each one of those organizations. They each have a history of why they were formed, so I have no idea whether having men in there. . .

Your question is loaded, because equality in terms of gender is not a two-way street in Canada because men are the power brokers. So how do you tip that balance? It is not true that men should join women's groups to tip the balance, because when men join those groups they try to take over anyhow. So we have to change the old mentality before we even allow them in. It is two different questions, and it is a different situation from women entering the Rotary Club.

• 1030

So I think those organizations still have a role to play. Most of the members of the ones you are talking about are older women. We have an aging population. I think they have a major job to do yet in terms of looking at the status of older women in Canadian society, and deciding what is going to happen in the future. Perhaps they are not ready for men yet. I have not spoken to them recently but I will tell you when I do.

Mr. Halliday: You emphasized the importance of research in the work you do. I realize where you ladies are coming from, because that is why you are where you are in relation to the National Advisory Committee. Have you done any research to indicate how the vast majority of Canadian women feel about the significance and the importance of the work you do? Back where I come from—a farming area—the women do not have the same feeling of being downtrodden and depressed as members of your council do. I accept and understand that, but I wonder whether you have done any polling to see what is the true picture across Canada of women's attitudes regarding the work you do. If you do, I would like to see it and see how the questions were asked.

Ms Silverman: You are asking a very interesting question. What you are looking for is a quantification. However, I think the kind of work that all the provincial advisory councils and women's organizations are engaged in is part of a movement that cannot be quantified. It is part of a movement of cultural and social change. I do not think there is any way to count that.

[Translation]

M. Halliday: Pour la question de l'égalité, je pose cette question sous forme ironique, sachant combien le droit à l'égalité vous intéresse. L'égalité vaut les deux sens, de même que le signe égal. Que pensez-vous des clubs féminins des universités et des instituts, par exemple? Pensez-vous qu'à notre époque il faille n'accepter que des femmes au sein de ces groupes?

Mme Simms: Il faudrait que j'étudie chacune de ces organisations. Chacune a une histoire et a été créée pour des raisons précises si bien que je n'ai aucune idée des conséquences qu'aurait la présence d'hommes dans. . .

Votre question est insidieuse parce que l'égalité pour ce qui est du sexe n'est pas une voie à double sens au Canada car les hommes détiennent le pouvoir. Comment rétablissez-vous cet équilibre? Il n'est pas vrai qu'il faille que les hommes se joignent aux groupes féminins pour rétablir l'équilibre car lorsqu'ils le font, ils essayent de prendre le pouvoir de toute façon. Il faut donc changer cette vieille mentalité avant de leur permettre de participer. Il s'agit de deux questions différentes et la situation n'est pas la même que celle des femmes qui entrent au Rotary Club.

J'estime donc que ces organisations ont encore un rôle à jouer. La plupart des membres de celles dont vous parlez sont des femmes âgées. Notre population vieillit. Je crois qu'elles ont un travail important à faire à l'égard des femmes âgées dans la société canadienne pour savoir ce qui va se produire à l'avenir. Elles ne sont peut-être pas encore prêtes à avoir des hommes parmi elles. Je ne leur ai pas parlé récemment mais je vous le dirai lorsque je l'aurai fait.

M. Halliday: Vous insistez sur l'importance de la recherche dans votre travail. Je comprends bien quelle est votre origine, mesdames, car c'est pour cela que vous êtes là où vous êtes par rapport au Comité consultatif canadien. Avez-vous fait des études sur ce que pense la majorité des femmes canadiennes quant à la signification et l'importance de votre travail? Là d'où je viens—il s'agit d'une région agricole—les femmes n'ont pas ce même sentiment d'être opprimées et déprimées comme le sont les membres de votre conseil. Je comprends votre position et je l'accepte, mais je me demande si vous avez fait des sondages pour voir ce que pensent les femmes du Canada tout entier de votre travail. Si c'est le cas, j'aimerais voir cette enquête et j'aimerais voir comment vous avez posé les questions.

Mme Silverman: C'est une question très intéressante que vous posez. Vous aimeriez avoir une réponse numérique. Cependant, je pense que le travail que font tous les conseils consultatifs provinciaux et tous les organismes féminins rentre dans le cadre d'un mouvement qu'il n'est pas possible de quantifier. Cela fait partie d'un mouvement d'évolution culturelle et sociale.

[Texte]

For example, how would one do the kind of poll you are speaking about? Using your rural area, for example, you would go around and ask women how they felt about X, Y, or Z. One might be able to obtain a snapshot of the particular instant, but that would not tell you that we are presently, and have been since the early 1960s, engaged in a transitional process.

I take it that your question is a well-meaning one. How do women really feel at any given moment? I am not sure this is the historical moment to ask how women feel at any given moment. Obviously, how women feel is utterly heterogenous. Rural women in one rural area who are actively involved in the dozens of farm women's organizations are looking to alter the conditions of women in farms and in rural areas. In some other rural area where there is no organization, transition house or possible voice for women, they may feel very differently, because they do not have access to a voice for change in their own status and self perceptions.

Nonetheless, it is perfectly obvious that over the last 20 or 30 years the status of women and their feelings about their place in political and economic schemes is changing. The work the council does and the research we do is part of that change. I do not think you can quantify it. We send out thousands of publications. We make representations to parliamentary committees. The president speaks with the minister responsible. Public speaking takes place by all of the members, by the vice presidents and the president. We are part of a movement toward political and social change. I do not think one can quantify that at any one moment because we are only one part of that movement. We are a very visible part of just one aspect of it, just as are all the other women's organizations who are now and who have always agitated to place social issues on the political agenda.

• 1035

Mr. Halliday: I would have thought, though, that when you are using tax money, as your council is, you would want to be able to show that the work you are doing is having a demonstrable change in attitudes of Canadian women. I would have thought you would want to get out and demonstrate that to justify your existence and to justify the spending of tax dollars.

Ms Silverman: Sure.

Mr. Halliday: I would think it would be possible for those skilled in polling to develop a kind of poll that would be objective and fair and honest and would demonstrate what I am—

Ms Greene: Should give men, not women.

Mr. Halliday: Why not? I have no problem with that—men and women, both. I think it should be a Canadian.

[Traduction]

Par exemple, comment procéderait-on pour le genre de sondage dont vous parlez? En prenant une région rurale, par exemple, vous vous promèneriez en demandant aux femmes ce qu'elles pensent de X, Y ou Z. On obtiendrait peut-être un instantané d'un moment donné, mais cela ne vous montrerait pas que nous sommes actuellement, comme nous l'avons été depuis le début des années 60, engagées dans un processus de transition.

Je veux bien croire que votre question était bien intentionnée. Que pensent les femmes à tout moment donné? Je ne crois pas que ce soit le bon moment pour poser aux femmes cette question. De toute évidence, les avis sont très partagés chez les femmes. Les femmes des zones rurales qui participent activement à des groupes féminins agricoles essaient de modifier les conditions des femmes qui travaillent à la ferme et dans les régions rurales. Dans certaines autres régions rurales où il n'y a aucune organisation, aucun foyer de transition ou aucune possibilité pour les femmes de s'exprimer, elles ont peut-être un sentiment très différent car elles n'entendent pas parler du changement de leur propre situation ni de leurs sentiments personnels.

Néanmoins, il est tout à fait évident qu'au cours des 20 ou 30 dernières années, la situation des femmes et l'idée qu'elles se font de leur place dans les milieux politique et économique changent. Le travail que fait le Conseil et les études de recherche que nous faisons rentrent dans le cadre de ce changement. Je ne crois pas qu'il soit possible de le quantifier. Nous envoyons des milliers de publications. Nous faisons des exposés devant les comités parlementaires. La présidente s'adresse au ministre responsable. Tous les membres, les vice-présidentes et la présidente prennent la parole publiquement. Nous faisons partie d'un mouvement d'évolution politique et sociale. Je ne crois pas qu'il soit possible de le quantifier à aucun moment car nous ne sommes qu'une partie de ce mouvement. Nous sommes un élément très visible d'un seul aspect du mouvement, de même que de tous les autres organismes féminins qui agissent maintenant et qui ont toujours agi pour mettre les questions sociales à l'ordre du jour politique.

M. Halliday: J'aimerais cependant imaginer que si on profite des deniers publics comme votre conseil, on souhaiterait pouvoir montrer que le travail qu'on fait réussit à faire changer de façon notoire l'attitude des femmes canadiennes et justifier ainsi son existence.

Mme Silverman: Bien sûr.

M. Halliday: J'aurais imaginé qu'il eut été possible aux spécialistes du sondage de mettre au point à une enquête permettant de montrer de façon objective, juste et honnête ce que je... .

Mme Greene: Qu'on donnerait aux hommes et non aux femmes.

M. Halliday: Pourquoi pas? Je n'y vois aucun inconvénient, aux hommes et aux femmes, aux deux. Du moment que c'est un ou une Canadienne.

[Text]

Ms Simms: I must say that we cannot just look at the council in terms of the publications we send out. As Eliane said, we go and speak to women's groups. We have spoken to hundreds of women's groups—farm women, women at the YWCA, church women. We speak to them in Nova Scotia and British Columbia or wherever. That is very much part of our work. And we are hearing the same thing; that women want changes in their lives. Of course, there are some who might want more changes than others and some who have not even articulated their own condition, who have not said a word. We have not heard their voice.

That is what we are saying now in the council. We want to broaden the base, to make our information more accessible to rural women, farm women, so they can get it in a language they understand and that their issues can be articulated the way they see it. As she said, it is a multiple voice. We cannot say that all Canadian women want something. But what we do know is that all Canadian women recognize that women are generally. . . And they recognize individually that one might be better off than the other.

We have very strong support out there for social, economic, and political changes for women.

The Chairman: I would like to welcome Mr. Duhamel to the committee this morning. In fact, we would like to welcome just about anybody from the opposition this morning. Mr. Duhamel, if you would like to present questions to the witnesses this morning, please go ahead.

Mr. Duhamel (St. Boniface): Thank you, Mr. Chairman. I feel rather bad that we are not more numerous. It is an unusual event, though. I hope the chairman will recognize that as well.

Bonjour, mesdames, et bienvenue. Je suis très content de pouvoir participer à cette rencontre de ce matin.

I have two questions I want to raise. I understand that a major part of your mandate is to provide advice to government and the public on matters of interest and concern to women. I would think then that whatever the organization is, whether it be another women's organization, a men's organization, a business person's organization, if they are concerned and sensitized to the interest and concerns of women generally, you would welcome that. Would that not help you in your mandate in trying to represent women as sensitively as possible?

Ms Simms: Any group that is addressing the issue of women and they bring those issues to us, we listen to them, definitely. There might be a men's group that decides to look at some women's issue. As a matter of fact we would be happy if men's groups began to look at women's issues; for instance, violence. It is the men who are violent. We would like men to change their violence and take it on as part of their mandate. But we find that men's groups do not see that

[Translation]

Mme Simms: Je dois dire que l'on ne peut pas simplement considérer le Conseil sous l'angle de ses publications. Comme Éliane l'a indiqué, nous nous déplaçons pour prendre la parole devant les groupes féminins. Nous avons parlé à des centaines de groupes féminins—femmes agriculteurs, femmes au YWCA, femmes membres d'organisations religieuses. Nous nous adressons à elles en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique, etc. Cela fait tout à fait partie de notre travail. Et nous entendons la même chose, à savoir que les femmes veulent changer leur vie. Bien sûr, il y en a qui veulent peut-être davantage de changements que les autres et d'autres qui n'ont peut-être même pas exprimé leur situation et n'ont pas dit un mot. Nous n'avons pas entendu leurs voix.

C'est ce que nous disons maintenant au Conseil. Nous voulons élargir la base, rendre nos informations plus accessibles aux femmes des régions rurales, aux femmes du secteur agricole, afin qu'elles soient rédigées dans une langue qu'elles comprennent et que leurs problèmes soient exprimés de la façon dont elles les voient. Il s'agit de voix multiples. Nous ne pouvons pas dire que toutes les femmes canadiennes veulent quelque chose. Mais ce que nous savons, c'est que toutes les femmes canadiennes admettent que les femmes sont généralement. . . et elles admettent individuellement que certaines sont peut-être dans une meilleure situation que d'autres.

On soutient beaucoup ce Conseil dans tous ces milieux pour son travail sur l'évolution sociale, économique et politique de la femme.

Le président: J'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Duhamel au sein du comité ce matin. Nous aimerions en fait souhaiter la bienvenue à tous les membres de l'opposition qui sont ici ce matin. Monsieur Duhamel, si vous avez des questions à poser aux témoins de cette séance, je vous en prie.

M. Duhamel (Saint-Boniface): Merci, monsieur le président. Je me sens un peu mal à l'aise parce que nous ne sommes pas plus nombreux. C'est un peu inhabituel cependant. J'espère que le président le reconnaîtra également.

Good morning, ladies, and welcome. I am very happy to be able to take part in the meeting this morning

J'ai deux questions à poser. Je crois que l'essentiel de votre mandat consiste à offrir des conseils au gouvernement et au public sur les questions intéressant et concernant les femmes. J'imagine que quelle que soit l'organisation, qu'il s'agisse d'une autre organisation de femmes, d'une organisation d'hommes, d'une organisation professionnelle, si elle se préoccupe et est sensibilisée aux intérêts et aux problèmes des femmes de façon générale, vous en seriez heureuses. Cela ne vous aiderait-il pas dans le cadre de votre mandat à tenter de représenter les femmes de la façon la plus équilibrée possible?

Mme Simms: Il est bien évident que nous prêtons l'oreille à tout groupe qui s'intéresse aux problèmes des femmes et qui nous les soumet. Il se peut que ce soit un groupe d'hommes qui décide d'étudier un problème de femmes. En fait, nous serions heureuses que des groupes d'hommes commencent à s'intéresser aux problèmes des femmes, par exemple, à la violence. Ce sont les hommes qui sont violents. Nous aimerions que les hommes changent leur

[Texte]

as being important right now. So I think it is men like yourself in the government we must depend on to bring to the attention of other men their role in this social change. We think it is very important. As a matter of fact, we are seeing a little bit of movement in that, but not much, not half enough. But we listen.

Mr. Duhamel: The question was in part for two reasons: first, it was to see whether or not we could broaden that mandate and get you some assistance by having others who are advocates, if you wish—men, business people, whatever—and of course in part as well to the question my colleague raised with respect to other women's organizations.

I remember from being chief executive officer of a school system, which was one of the roles I had previously, that a lot of people out there did not always agree with what you were doing. But in the final analysis you were probably the richer for the activity they had undertaken because you had been able to debate and take some policy initiatives that had considered their views to the extent you could. So I guess my basic philosophy is to try to broaden the base, to try to get people sensitized, educated, involved, and contributing, recognizing that we will not always see the world, whatever part of the world we come from or whatever part of the world we look at, in the same way.

• 1040

Let us suppose that we are sitting down here together again, two or three years from now, and the question was the following: what are the two, three, or four major achievements you have realized since we last met? What are some of the things you would like to be able to say that you have in fact done, that your organization, your council has accomplished?

Ms Simms: One thing I would like to be able to say is that we are reaching more Canadian women than we have ever reached before, broadening the base. Another thing I would like to be able to say is that we have a more effective communication tool to reach women and in the language they have access to. In other words, I think what we have done before, we have done very well, and I want to move beyond that. That is the second thing.

The third thing that I would like to be able to do is to say that we found the need to expand the council and so we have been successful in convincing the government to give us more resources. So I hope with your help that we will be able to get more resources, because we are expected to do more with a very limited budget and with the same resources. As you know, it is impossible. That is why we always have to support the efforts of other organizations, because we cannot do it all. It is just impossible.

I hope that by the time the three years is over every Member of Parliament will know what the Canadian Advisory Council is designed to do. That would be another major achievement.

[Traduction]

attitude violente et considèrent que cela entre dans le cadre de leur mandat. Mais nous constatons que les groupes d'hommes ne considèrent pas ce problème comme important à l'heure actuelle. Je pense donc que c'est sur des hommes comme vous qui êtes au gouvernement que nous devons compter pour attirer l'attention des autres hommes sur leur rôle dans cette évolution sociale. Nous pensons que c'est très important. En réalité, nous constatons une petite tentative de mouvement, mais ce n'est pas grand chose et ce n'est pas suffisant, loin de là. Mais nous sommes tout oreilles.

M. Duhamel: Ma question était double: tout d'abord, j'essayais de voir s'il était possible ou non d'élargir ce mandat et d'obtenir de l'aide auprès d'autres personnes qui défendent votre cause, si vous voulez—des hommes, des hommes ou des femmes d'affaires, etc.—et ma question reprenait aussi celle de mon collègue au sujet des autres organisations de femmes.

Lorsque j'étais principal administrateur d'un réseau scolaire, c'était l'un de mes anciens rôles, j'ai pu constater que de nombreuses personnes n'étaient pas toujours d'accord avec ce que vous faisiez. Mais en définitive, vous tiriez peut-être les épingles du jeu car cela vous avait permis de discuter et de prendre certaines initiatives politiques tenant compte dans la mesure du possible de leur opinion. Mon idée est donc d'essayer d'élargir la base, de sensibiliser et d'éduquer les gens, de les faire participer et d'admettre que nous ne verrons peut-être pas toujours le monde—de quelque partie du monde que l'on vienne ou quelque soit la région du monde que l'on considère—de la même façon.

Admettons que nous soyons à nouveau assis ensemble d'ici deux ou trois ans et que l'on vous pose la question suivante: Quelles sont vos 2, 3 ou 4 principales réalisations depuis notre dernière rencontre? Qu'aimeriez-vous pouvoir citer comme réalisation de votre organisation ou de votre Conseil.

Mme Simms: J'aimerais pouvoir notamment dire que nous atteignons plus de femmes canadiennes que nous ne l'avons jamais fait, que nous élargissons la base. J'aimerais aussi pouvoir dire que nous avons un outil de communication plus efficace pour rejoindre les femmes et que nous nous exprimons dans une langue qu'elles comprennent. En d'autres termes, j'estime que ce nous avons fait auparavant était bien fait et que nous devons aller plus loin. C'est la deuxième chose.

Troisièmement, j'aimerais pouvoir dire que nous avons jugé nécessaire d'élargir le Conseil et que nous avons réussi à convaincre le gouvernement de nous accorder davantage de ressources. J'espère donc qu'avec votre aide nous obtiendrons davantage de ressources car on s'attend à ce que nous fassions davantage avec un budget très limité et avec les mêmes ressources. Comme vous le savez, c'est impossible. C'est pourquoi nous devons toujours appuyer les efforts des autres organisations car nous ne pouvons pas tout faire nous-mêmes. C'est simplement impossible.

J'espère que d'ici 3 ans, tous les députés sauront quels sont les objectifs du Conseil consultatif de la situation de la femme. Ce serait une autre réalisation importante.

[Text]

I hope we will reach a stage in Canada, and I am not sure that is going to be fast, when men in power will have more commitment to women's issues.

Mr. Duhamel: I applaud those objectives, and I certainly will, to the extent that I can as a Member of Parliament, support them. Have you had an opportunity to look at strategies or ways or plans in which those might be realized, or have you just had the time to sort of identify them as opposed to plan for their realization?

Ms Simms: We have identified them and we are in the process of planning. We had an organizational review and I am trying a restructuring of the agency so that it becomes a more effective agency in answering those particular questions. That is our first major task.

The other major thing is to have council members more accountable; in other words, making sure that they work to their fullest potential within the limits of what they can do as volunteers. I think that is very important.

The other thing I am trying to do is to influence the appointment process so that we get a more representative council.

Mr. Duhamel: Thank you, Mr. Chairman. Those are my questions.

The Chairman: Thank you, Mr. Duhamel. Mrs. Roy-Arcelin, please.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée d'Ahuntsic): Je vous souhaite la bienvenue à notre Comité. Je suis vraiment très heureuse de vous revoir dans vos nouvelles fonctions. Je vous félicite pour le beau travail que vous faites.

Dans vos points saillants pour 1990-1991, je vois que vous entreprendrez une étude sur les problèmes du logement pour les femmes, que vous analyserez leurs conditions de travail et que vous déterminerez dans quelle mesure elles sont conçues pour répondre à leur besoins.

Je vois que le Conseil a aussi contribué à l'élaboration du concept d'écart des réalités. Croyez-vous que la stratégie de mise en valeur de la population active et les amendements à la Loi sur l'assurance-chômage constituent des initiatives positives qui visent à réduire cet écart?

Ms Simms: We believe that some features of the bill are inconsistent with the Charter's sex equality guarantee. Further, some features of the Unemployment Insurance Act that are inconsistent with the Charter are not addressed in Bill C-21. For that reason, we had a brief that outlined a model of substantive equality, based on a results-oriented approach, and we have urged the committee to assess Bill C-21 by asking if a law, policy or practice operates to the detriment of women, or contributes to the inequality of women, and if changing it will improve things for the women affected.

• 1045

In other words, we are not convinced this bill will work for women, and we have real concerns. That is why we have made some presentations to the government on it. We have raised some concerns about the unemployment bill.

[Translation]

J'espère que nous en arriverons au Canada, mais je ne suis pas sûr que cela se fasse vite, à ce que les hommes au pouvoir s'engagent à l'égard des questions féminines.

M. Duhamel: J'applaudis à ces objectifs et je les appuie certainement dans la mesure où cela m'est possible en tant que député. Avez-vous eu la possibilité d'envisager des stratégies, des moyens ou des plans en vue de la réalisation éventuelle de ces objectifs ou n'avez-vous eu que le temps de les identifier sans pouvoir planifier leur réalisation?

Mme Simms: Nous les avons identifiés et nous sommes en train de prévoir leur réalisation. Nous avons procédé à un examen de l'organisation et nous essayons de la restructurer afin qu'elle puisse répondre de façon plus efficace à ces questions plus particulières. C'est notre première tâche importante.

Il y a une autre chose importante, à savoir que nous essayons de rendre les membres du Conseil plus responsables; en d'autres termes, nous voulons qu'ils travaillent au maximum de leurs capacités dans les limites de ce qu'ils peuvent faire en tant que bénévoles. Je pense que c'est très important.

Il y a encore une autre chose que j'essaie de faire, c'est d'avoir une certaine influence sur le processus de nomination afin que nous ayons un Conseil plus représentatif.

M. Duhamel: Merci, monsieur le président. C'étaient mes questions.

Le président: Merci, monsieur Duhamel. Madame Roy-Arcelin, vous avez la parole.

Mrs. Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Welcome to our Committee, I am very happy to meet you again in your new position. I commend you for the good work you have done.

In the highlights for 1990-1991, I see that you will undertake research work on the housing problems of women, that you will analyze their work conditions and that you will determine to what extent those conditions are designed to answer their needs.

I see that the Council has also contributed to the development of the gap with realities concept. Do you think that the Labor Force Improvement Strategy and the amendments to the Unemployment Insurance Act will be positive initiatives and will tend to reduce this gap?

Mme Simms: Nous estimons que certains aspects du projet de loi ne sont pas conformes à la garantie de la Charte relative à l'égalité des sexes. De plus, le projet de loi C-21 ne modifie en rien certaines dispositions de la loi sur l'assurance-chômage contraire à la Charte. C'est dans cet esprit que nous avons présenté un mémoire qui proposait un véritable modèle égalitaire, fondé sur les résultats escomptés, et nous avons demandé instamment au comité d'étudier ce projet de loi C-21 du point de vue des intérêts des femmes, du point de vue de ce qui peut en résulter pour elles sur le plan de l'inégalité, et en se demandant si on peut le modifier en conséquence.

Autrement dit, nous ne sommes pas du tout convaincues que ce projet de loi sera favorable aux femmes, nous sommes au contraire très inquiètes. C'est dans ce sens que nous avons entrepris des démarches auprès du gouvernement. Ce projet de loi sur l'assurance-chômage nous préoccupe réellement.

[Texte]

Mme Roy-Arcelin: Il y a quand même eu des changements assez substantiels. Je pense aux 15 semaines de prestations de maternité qui entourent la naissance d'un enfant, aux 10 semaines de prestations parentales et aux 15 semaines de prestations de maladie. Également, les prestations parentales peuvent être partagées entre le père et la mère selon ce qui leur convient. Il y a quand même des changements positifs, et j'aimerais qu'on en tienne compte.

Ms Simms: Definitely, and I think we applaud those positive changes, but we still have some concerns. We have to make sure we look at all the bases, but we do applaud those positive changes.

I think one of the issues raised was some people losing some of the benefits—was it the adoptive parents? I am not quite sure, but we had some concerns. I cannot tell you in detail, but some benefits were being taken from some groups, and we do not want to see one group played off against another. We are very concerned about that.

Mme Roy-Arcelin: On a parlé de la violence familiale, de la violence faite aux femmes et aux enfants. On sait que le gouvernement a pris de nouvelles initiatives pour contrer la violence familiale. Ces initiatives représentent près de 40 millions de dollars. Même si votre groupe ne s'occupe pas directement de la violence familiale, j'aimerais savoir ce que vous pensez de ces initiatives. Quelles seront les répercussions de ces programmes auxquels des sommes assez élevées seront consacrées?

Ms Simms: We have not really studied these programs and looked where the money is going. I have a concern that they are reactive rather than pro-active, and that is part of my personal concern about the whole approach to violence in the country. We have to pay more attention to the socialization of children, and especially to the socialization of young boys. I have not seen a lot of that happening.

I think the money is going to prevent what is happening, to set up some homes for battered women, but I think we must take a much more serious look at the whole issue of violence as part of our culture and part of our socialization. I would like to see governments take a more comprehensive look at the whole issue of violence in society, and have a task force or think tank about social change from the point of view of violence. I know there has been quite a bit of funding, but they are merely band-aid approaches to a systemic problem of how we see each other.

It is not just gender violence we will have to look at. We will have to look at violence based on other things like racial violence, the violence that is going on to racial minorities, the whole role of the police and how they are trained. It is a very serious issue, so I think the government should take it very seriously. As I said, we have not studied the issue in those terms, but I have been looking at it, and as an educator I am concerned about the very nature of violence in this society.

[Traduction]

Mrs. Roy-Arcelin: But there are some substantial changes. I am thinking of the 15 weeks of maternity benefits if there is a new born child, the 10 weeks of parental benefits and the 15 weeks of benefits in case of illness. In addition, the parental benefits can be shared between the mother and the father if they so wish. This all looks to me to be positive, and it should be noted.

Mme Simms: Tout à fait, et nous applaudissons à ces changements positifs, mais nous avons tout de même quelques réserves à émettre. Nous devons rester vigilants, mais nous sommes évidemment favorables à ces changements positifs.

Je pense notamment à la réduction de certaines prestations. . . S'agissait-il des parents adoptifs? Je ne m'en souviens plus avec certitude, mais je pensais que nous n'étions pas très satisfaits. Je ne peux pas vous en parler en détail, mais je sais que certains vont perdre une partie de leurs prestations, et nous ne pensons pas par ailleurs qu'il soit bon de jouer un secteur de la population contre l'autre. Cela nous paraît très critiquable.

Mrs. Roy-Arcelin: You talked also about violence in the family, violence to women and children. We have heard about the Government's new initiatives to fight family violence. Some \$40 million have been earmarked for that. Even if you do not directly have to deal with family violence, what do you think of those government initiatives? What will be the repercussions of those programs with quite substantial budgets?

Mme Simms: Nous n'avons pas encore pu étudier ces programmes, ni comment les fonds vont être utilisés. Je pense qu'il s'agit surtout d'une politique réactive, plus que proactive, et c'est de façon générale ce que je reprocherais à ce pays dans sa façon de traiter le problème de la violence. Il est important d'accorder plus d'attention à la socialisation des enfants, et particulièrement des jeunes garçons. Jusqu'ici cet effort a été tout à fait insuffisant.

Ces crédits vont certainement permettre d'améliorer la situation, de créer des foyers pour femmes battues notamment, mais je pense qu'il faut se pencher avec plus de sérieux sur toute cette question de la violence comme phénomène culturel et problème qui renvoie à la socialisation. J'aimerais que les gouvernements étudient plus à fond l'ensemble de cette question de la violence dans notre société, et songent à créer éventuellement un groupe de travail, ou de réflexion, chargé d'étudier l'évolution de notre société de ce point de vue. Même si l'on y a déjà consacré des sommes relativement importantes, il ne s'agit de façon générale que de solutions de fortune face à un problème en réalité systémique qui pose la question de l'image que nous avons les uns des autres.

Ce n'est pas simplement une question de violence propre au genre humain. Il faudra se pencher sur la dimension par exemple raciste de certaines violences, qui sont dirigées contre les minorités, et sur le rôle joué par la police en même tant que sur la façon dont celle-ci est formée. C'est une question grave, que le gouvernement devrait prendre au sérieux. Je le répète, nous n'avons pas étudié la question sous cet angle, je m'y suis intéressée, et en ma qualité d'éducatrice, je me sens très préoccupée par cette violence dans notre société.

[Text]

[Translation]

• 1050

Mr. Halliday: You made reference a couple of times to Bill C-21 and to adoptive parents. I dealt with two letters at home this past weekend on that subject. I did not have time to pursue the subject in detail, but as I understand it, a reduction has been allowed for those people who become adoptive parents vis-à-vis mothers who deliver their own child because you do not go through the physical event of delivering a baby when you adopt and adoptive parents do not therefore deserve quite the same length of time for physical recovery that is required after giving birth. Is that not the reason for that reduction? I am seeking information, because it is my understanding that this was the reason the allowance was cut back, which seems to be a rational one.

As far as allowing a parent to remain at home for ten weeks, I believe I can understand why adoptive parents should be in the same position as biological parents. But I do see a difference between the need for a biological mother to be away from work longer than an adoptive mother because of the changes in her own health.

Ms Simms: That might have been the rationale behind the reduction, but maternity leave is not the same as parental leave, and you are talking about maternity leave. We have a concern about that sort of analysis.

I would imagine it must be men who decide that because they give birth, women need to stay longer than those who adopt children. The whole concept of child care has to be seen in a more comprehensive way, because giving birth is not a sickness, so that is not the emphasis we are putting on it, but rather that women or parents need time to stay with children.

I have given birth, and I am not sure it is an illness. A woman who adopts a child also needs the same time I needed to be with my child, because we are not talking about physical recovery; we are not ill. Very few women are ill through giving birth.

Mr. Halliday: Who writes the material in these blue books?

Ms Simms: We produce the books.

Mr. Halliday: On page 26 there is a topic index, on which 18 topics are listed. Approximately 14% of all Canadian women are disabled. If you go down that list of 18 topics, you will see headings on aboriginal women, who would constitute a figure of far less than 14%; adolescent women, for whom I do not know the figure, but it would probably not be much different; battered women, who I know are less than 14%; and further down, visible minority women, for whom I doubt whether that figure is about 14%; women in agriculture, for whom I suspect that figure is less than 14%; and women in power, which I presume means people like Barbara Greene here and others in that type of position, for which I am sure the proportion is also less than 14%. There is no mention of disabled women.

To be a woman and disabled is one of the worst situations one can be in. I am surprised you do not find that situation to be an important topic to list in your topic index.

M. Halliday: Vous avez à plusieurs reprises cité le projet de loi C-21, et notamment à propos des dispositions concernant les parents adoptifs. J'ai reçu chez moi, la semaine dernière, deux lettres à ce sujet. Je n'ai pas encore eu le temps d'étudier la question à fond, mais si je ne me trompe les parents adoptifs vont voir leurs prestations réduites, et il semble qu'ils soient désavantagés par rapport aux mères qui accouchent, sous prétexte que le parent adoptif n'a pas besoin de récupérer, physiquement, après la naissance. Est-ce ce qui justifie cette réduction des prestations? Je tiens d'abord à m'informer, car si j'ai bien compris ce fut la raison invoquée pour justifier cette réduction, qui paraît ainsi justifiée.

Je comprends que l'on veuille permettre aux parents adoptifs de pouvoir rester également dix semaines à la maison, lorsqu'un nouvel enfant arrive à la famille, ils sont à ce sujet dans la même condition que des parents biologiques. Mais il y a quand même une différence entre la mère biologique qui a besoin d'une interruption de travail plus longue pour des raisons de santé, et la mère adoptive.

Mme Simms: C'est peut-être effectivement ce qui a permis de justifier cette réduction, mais le congé de maternité ne doit pas être confondu avec le congé parental, or c'est bien du congé de maternité que vous parlez. Cette façon de raisonner nous inquiète un peu.

Ce sont sans doute des hommes qui ont estimé que les mères biologiques, qui ont accouché, ont besoin de plus longtemps pour récupérer que celles qui adoptent un enfant. Toute cette question des soins à l'enfant doit être vue de façon plus globale, la grossesse et l'accouchement n'étant pas une maladie, et c'est sur quoi nous voulons mettre l'accent, c'est que les femmes ou les parents, ont besoin de passer du temps avec leurs enfants.

J'ai moi-même eu un enfant, et je ne pense pas que ce soit une maladie. Une mère adoptive a tout aussi besoin que moi de passer du temps avec son enfant, il ne s'agit pas ici de convalescence, ce n'est pas une maladie. Et si certaines femmes sont malades des suites d'un accouchement c'est une minorité.

M. Halliday: Qui rédige les Livres bleus?

Mme Simms: C'est nous.

M. Halliday: Page 26 il y a un index des sujets, avec 18 rubriques. 14 p. 100 environ des femmes canadiennes sont handicapées. Or, si je suis la liste de ces 18 sujets, je vois les femmes autochtones, qui sont certainement moins de 14 p. 100, les adolescentes, je ne connais pas le pourcentage, mais cela n'est sans doute pas très différent, il y a les femmes battues, dont je sais qu'elles ne sont pas 14 p. 100, plus loin les femmes des minorités visibles, dont je doute qu'elles représentent 14 p. 100 des femmes canadiennes, les agricultrices, qui sont également sans doute moins de 14 p. 100; les femmes au pouvoir, ce qui désigne sans doute des femmes comme Barbara Green ici et d'autres qui exercent ce genre de fonctions, et là également le pourcentage est certainement inférieur à 14 p. 100. Il n'est pas du tout question des handicapés.

Or, être à la fois femme et handicapée est sans doute la pire des choses. Je suis surpris que cela ne fasse pas partie ici de votre liste de sujets.

[Texte]

Ms Simms: I see. I think the topics listed in the index must be research topics.

Ms Silverman: Yes. Those are topics that have been researched this year. Dozens more could obviously appear there.

Mr. Halliday: I did not see it that way. It lists what you have done this year. Given that fact, what research have you done on other years on disabled women?

Ms Silverman: We have done some.

Mr. Halliday: Does the fact that you have done no research projects on disabled women during this past year suggest that you have dealt with the problems? Or are you planning to do more research on disabled women in society in the future or not?

Ms Simms: No. I do not think that means we are leaving disabled women out. Those were the topics we were emphasizing.

When we issue a research document, what is important to the research are the terms of reference. For instance, we could not do a study on housing without looking at how housing affects disabled women or people, at what kind of housing they need, or at how housing in Canada will change to accommodate those persons. Just by looking at the topic, they might look exclusive, but they are not necessarily exclusive. I think those were the topics that were looked at before.

• 1055

For instance, one other issue that was emerging in our last executive meeting was the whole issue of domestic workers and the implication for the Minister of Immigration. We know the needs of that particular sector of women need to be addressed, and we are very conscious of it. We look at emerging issues. So there is no need or intention here to exclude disabled women.

Mr. Halliday: Thank you.

Mr. Duhamel: Men such as myself, and many others who have become increasingly sensitized and are anxious to try to assist women in trying to get a fair share out of Canadian society, are sometimes a little intimidated, because we are really not always sure about how to proceed.

As I recall my most recent discussions with the men I work with, we have been focusing on issues such as access to educational programs, both the undergraduate and graduate levels. We have been anxious to make sure the health care system is as responsive to women as it is to men. We have also been anxious to ensure that some of the better jobs—we are not sure how to define that yet, but clearly those jobs that bring about some significant satisfaction, excellent remuneration and other benefits—would be available to women in the proportion they are in Canadian society.

[Traduction]

Mme Simms: Je vois. Il s'agit ici de sujets de recherche.

Mme Silverman: Oui. Il s'agit de sujets qui ont fait l'objet d'une recherche cette année. Nous aurions pu évidemment en ajouter une foule d'autres.

M. Halliday: Ce n'est pas comme cela que je voyais les choses. Et puisque c'est la liste des travaux de recherche que vous avez faits cette année, avez-vous les années passées fait des recherches sur les femmes handicapées?

Mme Silverman: Oui.

M. Halliday: Que vous n'ayez pas fait de travail de recherche sur les femmes handicapées cette année veut-il dire que vous aviez déjà étudié la question? Avez-vous prévu de poursuivre vos recherches sur les femmes handicapées à l'avenir?

Mme Simms: Non. Ce qui ne signifie pas que nous abandonnions complètement les femmes handicapées à leur sort. Mais il s'agit ici simplement des sujets qui ont plus particulièrement retenu notre attention.

Et ce qui est important, lorsque nous publions un document de recherche, c'est la façon dont le projet de recherche a été formulé. Ainsi, si nous faisons une étude sur le logement nous serions amenées à considérer le problème du logement du point de vue des handicapés, hommes et femmes, des logements dont ils ont besoin, et de la façon dont la conception des logements canadiens devra évoluer si l'on veut pouvoir les accueillir. Si l'on s'en tient uniquement au sujet, on pourrait croire que le mandat est restrictif, mais il ne l'est pas nécessairement. Je pense que ce sont des sujets qui ont déjà été examinés.

Par exemple, une autre question qui a été soulevée pendant la dernière réunion de l'exécutif est celle des domestiques et ce que cela signifie pour la ministre de l'Immigration. Nous savons qu'il faudrait se pencher sur les besoins de ce groupe de femmes. Nous en sommes très conscientes. Nous nous penchons sur les questions à mesure qu'elles surgissent. Nous n'avons nullement l'intention ici d'exclure les femmes handicapées.

M. Halliday: Merci.

M. Duhamel: Les hommes comme moi et comme bien d'autres qui sont de plus en plus sensibilisés aux besoins des femmes et qui essaient de les aider à obtenir leur juste part dans la société canadienne se sentent parfois un peu intimidés parce qu'ils ne savent pas vraiment ce qu'ils doivent faire.

D'après les discussions que j'ai eues récemment avec mes collègues de travail, il semble que nous ayons parlé de questions comme l'accès aux programmes d'enseignement aux niveaux universitaire et post-universitaire. Nous avons essayé de garantir que le système de soins soit autant à l'écoute des femmes que des hommes. Nous avons aussi voulu garantir que certains des meilleurs emplois, et nous ne savons pas vraiment comment les définir exactement, mais il s'agit de toute évidence des emplois qui procurent une certaine satisfaction, une excellente rémunération et d'autres avantages, soient offerts aux femmes dans une proportion équitable.

[Text]

We have also been looking at social programs, for example, pensions—we know there are some real problems there—and legislation, and one example that has been mentioned is the UIC legislation, to make sure it treats both men and women equitably. The final area has been in the area of abuse, not only physical but emotional and other types of abuse.

There are two questions basically. First, from your perspective, is this a reasonable list of priorities, and are there others that have been forgotten that should be addressed?

Ms Simms: I think there are always issues that are not necessarily forgotten, but we cannot always be working on them. Depending on what is happening in society, some issues become more topical than others. As you can remember, a few years ago the big topic was pornography. It does not mean pornography is not still a problem. It is just that we have been focusing on other issues. So my answer to you is that we need to deal with some issues, and once we have dealt with them satisfactorily, we would deal with some other issues.

It is hard to say which is a priority. We never know. From day to day, issues change. Violence is a priority. Is it because we did not have violence in society? I do not think it is because we did not have violence, but I think it has risen to a level that society cannot psychologically accept, so it becomes a real issue. Educational opportunities were always part of the major problem, and we have to keep working on it. So I agree with you that we are dealing with these issues, but next year other issues will evolve. We have to put priorities here now, but that does not mean we do not see many, many other issues that have connections with these.

Ms Greene: I have met you before a number of times, at the abortion committee and so on. Some of these studies you are doing, like the one on poverty, for example... I just became aware that you had done one today, and I am wondering if something could not be done to improve the communications between your group and ours, so that when you do a major study, you bring it to a committee or something. I am not sure whether these are sent to my office. Usually my staff would give me anything like that. The volume is incredible, but I am just wondering if we could not do something to improve the communications, so that some of the members who are in policy-making positions would be better informed.

Ms Alexander: We are going to be launching our poverty study on June 5, so nobody has seen it yet. It is on the printing presses right now. When it is launched, a press release is sent to all Members of Parliament and Senators. Those who are interested can order a free copy from our distribution centre. We are going to do a major launch with our poverty study on June 5. We usually do this with all our major research projects.

[Translation]

Nous avons aussi examiné les programmes sociaux, notamment les pensions, et nous savons qu'il existe vraiment des problèmes dans ce domaine, et nos lois, par exemple la Loi sur l'assurance-chômage, pour garantir que les hommes et les femmes sont traités équitablement. Il y a aussi le problème des mauvais traitements non seulement physiques, mais aussi émotifs et autres.

J'ai essentiellement deux questions à vous poser. D'abord, selon vous, est-ce que notre liste de priorités est raisonnable et y a-t-il d'autres questions sur lesquelles nous devrions aussi nous pencher?

Mme Simms: Il y a toujours des questions qui, même si elles n'ont pas été oubliées, ne peuvent faire l'objet d'une attention constante. Certaines questions revêtent plus d'importance que les autres à cause de ce qui se passe dans la société. Vous vous rappellerez que la grande question il y a quelques années était la pornographie. Je ne veux pas dire que la pornographie n'est plus un problème, mais simplement que nous nous sommes concentrés sur d'autres questions. Je vous répondrai donc que nous devons nous pencher sur certaines questions et que, une fois que nous avons trouvé une solution satisfaisante, nous devons passer à autre chose.

Il est difficile de dire ce qui constitue une priorité. Il est impossible de savoir. La situation change d'un jour à l'autre. La violence constitue maintenant une priorité. Est-ce parce que nous n'avions pas de violence auparavant dans notre société? Je ne le pense pas. Je pense que c'est parce que la violence a atteint un niveau que la société ne peut pas accepter du point de vue psychologique. Les possibilités d'éducation ont toujours constitué un problème important et nous devons continuer de trouver des solutions. Je conviens donc que nous devons continuer à nous occuper de toutes ces questions, mais il y en aura d'autres qui surgiront l'année prochaine. Nous devons accorder la priorité à certaines choses maintenant, mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas un grand nombre d'autres questions importantes qui y sont reliées.

Mme Greene: Je vous ai déjà rencontrées à quelques reprises, notamment au Comité sur l'avortement. Certaines de vos études, par exemple votre étude de la pauvreté... Ce n'est qu'aujourd'hui que j'ai appris que vous l'aviez entreprise et je me demandais s'il y avait moyen d'améliorer les communications entre votre groupe et notre comité pour que vous puissiez faire part de vos études importantes soit à notre comité soit à un autre groupe. Je ne sais pas si ces études sont envoyées à mon bureau. Normalement, mes adjoints me les transmettent. Je reçois énormément de courrier, mais nous pourrions peut-être faire quelque chose pour améliorer les communications pour que ceux qui sont en mesure d'élaborer la politique soient mieux renseignés.

Mme Alexander: Notre étude de la pauvreté sera publiée le 5 juin et personne ne l'a vue jusqu'ici. Elle est à l'imprimerie à l'heure actuelle. Quand cette étude aura été publiée, un communiqué sera envoyé à tous les députés et sénateurs. Ceux que cela intéresse pourront commander un exemplaire gratuit à notre centre de distribution. Il y aura un grand lancement de notre étude de la pauvreté le 5 juin. C'est ce que nous faisons d'habitude pour tous nos projets de recherche importants.

[Texte]

[Traduction]

• 1100

Ms Greene: Does it say right on it that it is available free of charge?

Ms Alexander: Yes.

Ms Greene: I guess you should also present them to committees automatically.

Ms Simms: Yes. We presented a brief on child poverty, so we could send you a copy of that brief.

Ms Greene: That is to the Senate—

Ms Simms: Yes, to the Senate.

Ms Greene: —and we have almost no communication with the Senate.

Ms Simms: We will follow up on your suggestion to put it to this committee.

The Chairman: Thank you, Ms Greene.

I would remind you that we have the subcommittee of this standing committee that you may wish to follow up and perhaps have a closer working relationship with. I would suggest that you contact our chairman, Barbara Greene, any time there is an area of concern.

Ms Simms: Thank you.

The Chairman: Thank you for appearing this morning. As indicated, I hope that you can in three years, or even less, come back and indicate that there has been some progress in those areas you have mentioned. Certainly the mandate you are covering is wide-ranging and affects the lives of all women in all categories right across this country of ours. On behalf of the committee, I extend to you our sincere best wishes. Thank you very much.

The next meeting is May 22 at 3.15 p.m. This meeting is adjourned.

Mme Greene: Est-ce indiqué sur le document lui-même qu'on peut l'obtenir gratuitement?

Mme Alexander: Oui.

Mme Greene: Je pense que vous devriez aussi en envoyer des exemplaires automatiquement au comité.

Mme Simms: Oui. Nous avons présenté un mémoire sur la pauvreté des enfants et nous pourrions vous en faire parvenir un exemplaire.

Mme Greene: C'était au Sénat. . .

Mme Simms: Oui, c'était au Sénat.

Mme Greene: . . .et nous ne communiquons presque pas avec le Sénat.

Mme Simms: Nous ferons comme vous l'avez proposé et nous en enverrons un exemplaire à votre comité.

Le président: Merci, madame Greene.

Je vous rappelle qu'il existe un sous-comité du Comité permanent avec lequel vous voudrez peut-être avoir des liens de travail plus étroits. Je vous recommande à cet égard de communiquer avec notre présidente, Barbara Greene, chaque fois qu'une question vous intéresse.

Mme Simms: Merci.

Le président: Merci d'être venue ce matin. J'espère que vous pourrez revenir dans trois ans ou moins pour nous dire que vous avez accompli certains progrès dans les domaines dont vous avez parlé. Votre mandat est certes très vaste et il touche la vie de toutes les femmes de toutes les catégories partout dans le pays. Au nom du comité, je tiens à vous souhaiter beaucoup de succès. Merci beaucoup.

Notre prochaine réunion aura lieu le 22 mai à 15h15. La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Canadian Advisory Council on the Status of Women:

Glenda P. Simms, President;

Eliane Silverman, Director of Research;

Marguerite Alexander, Director of Publications and Acting
Director of Public Affairs.

TÉMOINS

Du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme:

Glenda P. Simms, présidente;

Eliane Silverman, directrice de la recherche;

Marguerite Alexander, directrice des publications et directrice
par intérim des affaires publiques.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 32

Tuesday, May 22, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 32

Le mardi 22 mai 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1990-91: Vote 1 under NATIONAL
HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1990-1991: crédit 1 sous la
rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE
SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Monique Vézina
Minister of State (Seniors)

COMPARAÎT:

L'honorable Monique Vézina
Ministre d'État (Troisième âge)

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 22, 1990

(40)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 4:09 o'clock p.m. this day, in Room 308, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin.

Acting Members present: Len Gustafson for John Cole; Robert Nault for David Dingwall; Rey Pagtakhan for Paul Martin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Joan Vance and Odette Madore, Research Officers.

Appearing: The Honourable Monique Vézina, Minister of State (Seniors).

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: Richard Dicerni, Senior Assistant Deputy Minister; Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch, and Acting Assistant Deputy Minister, Social Services Program Branch.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Thursday, February 22, 1990, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1991. (*See Minutes of Proceedings, Wednesday, May 2, 1990, Issue No. 28*).

The Chairman called Vote 1.

The Minister made a statement and, with the witnesses, answered questions.

At 5:34 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 22 MAI 1990

(40)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 16 h 09, dans la salle 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin.

Membres suppléants présents: Len Gustafson remplace John Cole; Robert Nault remplace David Dingwall; Rey Pagtakhan remplace Paul Martin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Comparait: L'honorable Monique Vézina, ministre d'État (Troisième âge).

Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du bien-être social: Richard Dicerni, sous-ministre adjoint; Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Services et la promotion de la santé, et sous-ministre adjoint intérimaire, Programmes de service social.

Le Comité reprend les travaux prévus à son ordre de renvoi du jeudi 22 février 1990, soit l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1991 (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mercredi 2 mai 1990, fascicule n° 28*).

Le président met en délibération le crédit 1.

La ministre fait un exposé puis, avec les témoins, répond aux questions.

À 17 h 34, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, May 22, 1990

• 1611

The Chairman: I call the meeting to order.

The committee is meeting this afternoon to study the main estimates for 1990-91 under National Health and Welfare according to our reference dated Thursday, February 22, 1990. I now call vote 1.

I am pleased this afternoon to welcome the Hon. Monique Vézina, Minister of State for Seniors. We are most pleased that you are able to be with us. We look forward to your testimony this afternoon. Following the presentation we will move into questioning. I understand that you have until 5.30 p.m. to spend with the committee. Is that right?

Hon. Monique Vézina (Minister of State (Seniors)): Yes, indeed.

The Chairman: Thank you very much, Madam Minister. We appreciate your appearing before us today.

Mrs. Vézina: First of all I want to thank you for delaying the meeting. I appreciate it very much.

Lorsque je suis venue à Ottawa, j'y venais pour écrire les grandes pages de l'histoire comme Québécoise dans ce grand pays qui s'appelle le Canada. Je trouve qu'aujourd'hui nous avons écrit une autre page de l'histoire, peut-être une page que nous n'avions pas préparée, mais je voulais être témoin de la rencontre qui avait lieu.

C'est donc avec grand plaisir que je reviens devant ce Comité, afin de tracer un bilan de mes activités, et surtout de vous entretenir de mes priorités.

Je veux d'abord vous rappeler le mandat spécifique que m'a confié le premier ministre lors de ma nomination à titre de ministre d'État du troisième âge. Il a été très clair: il m'a demandé d'être l'avocate des aînés au sein de notre gouvernement, de m'assurer que les politiques et les programmes collent à la réalité des personnes âgées, et de sensibiliser davantage mes collègues et la population en général aux besoins des aînés et aux nouveaux enjeux qui sont liés au vieillissement de notre population.

Vous conviendrez tous avec moi qu'il s'agit là d'un défi de taille. J'ai donc décidé de relever ce défi de façon pragmatique en procédant étape par étape, en commençant d'abord à me mettre à l'écoute des aînés. La première année de mon mandat—certains membres de ce Comité s'en souviendront—a été marquée d'une part par la consultation et, d'autre part, par la promotion des besoins des aînés.

Je suis allée voir les groupes d'aînés qui m'ont fait part de leurs besoins, tout en leur expliquant davantage les regroupements, la nécessité de travailler ensemble, et tout en sensibilisant les autres groupes comme les constructeurs d'automobiles, les architectes, les récréologues, les municipalités, leur expliquant, dis-je, les besoins grandissants qu'avaient les aînés.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 22 mai 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte.

Notre comité se réunit cet après-midi pour étudier le budget des dépenses principal pour 1990-1991 sous la rubrique Santé et Bien-être national conformément à notre ordre de renvoi du jeudi 22 février 1990. Je mets en délibération le crédit 1.

Aujourd'hui, j'ai le plaisir d'accueillir l'honorable Monique Vézina, ministre d'État pour le troisième âge. Nous sommes très heureux que vous ayez pu vous joindre à nous. Nous attendons votre témoignage avec impatience. Après avoir entendu votre exposé, nous passerons aux questions. Si j'ai bien compris, vous pouvez rester avec nous jusqu'à 17h30, n'est-ce pas?

L'honorable Monique Vézina (ministre d'État (troisième âge)): Oui, c'est exact.

Le président: Merci beaucoup, madame la ministre. Nous apprécions beaucoup votre comparution ici aujourd'hui.

Mme Vézina: Premièrement, je tiens à vous remercier d'avoir retardé la réunion. Je vous en suis très reconnaissante.

When I first came here to Ottawa, it was to write major pages in the history book of this big country of ours called Canada. I think that today we have written another page of our history, perhaps a page that we had not prepared, but I did want to be a witness to the meeting that took place.

I am therefore pleased to be able to appear before this committee again to provide you with an overview of my activities and to indicate my priorities.

I would like to start by recalling the mandate the Prime Minister entrusted to me when I was appointed Minister of State for Seniors. It was a very clear mandate; he asked me to be the advocate for seniors within our government, to ensure that policies and programs were tailored to the reality of seniors and to make my colleagues and the public more aware of the needs of seniors and of the new issues related to the aging of our population.

I am sure you will all agree that this is a major challenge and one which I decided to face pragmatically, stage by stage. Stage one was to listen to what seniors had to say. The first year of my mandate, as some of the committee members will recall, was characterized by consultation on the one hand and promotion of the needs of seniors on the other.

I met with seniors' groups who spoke to me of their needs as I explained to them the need for collective action, while at the same time raising the awareness of groups such as car makers, architects, recreologists and the municipalities to the expanding needs of seniors.

[Texte]

La deuxième année de mon mandat, celle qui se termine, aura surtout été marquée par la réflexion. Toute l'information que j'avais emmagasinée lors de la première année, mes rencontres avec les groupes, etc., toutes ces actions nécessitaient que nous marquions un temps d'arrêt, histoire de faire la synthèse de ce que nous avons vu et entendu de par le Canada.

Dès septembre dernier, j'ai entrepris une révision en profondeur du programme d'autonomie des aînés. Deux éléments m'ont guidée dans cette démarche: les consultations que j'ai menées l'année précédente et la perspective que d'ici l'an 2021 le nombre de personnes âgées aura doublé. Cette révision que je compléterai avec mon collègue, le ministre Beatty, part du principe qu'il nous faut établir un partenariat efficace, solide, et basé sur une confiance mutuelle entre les groupes d'aînés et le gouvernement canadien, si nous voulons faire face avec succès aux défis liés au vieillissement.

Dans cette perspective, le gouvernement canadien devient un agent de promotion des aînés. Nous pensons qu'une population mieux informée sur les personnes âgées et le vieillissement sera beaucoup plus sensible aux besoins et aux aspirations qui sont exprimés.

Je compte bien, dans un avenir prochain, vous faire part des mesures concrètes que nous entendons prendre, afin de réaliser cet objectif. Dans cette perspective, le Secrétariat du troisième âge a intensifié également ses activités de communication. Nous continuons d'appuyer les émissions de télévision sur les grands réseaux nationaux, émissions qui projettent une image où les aînés, pour demeurer en santé, doivent être actifs, dynamiques et engagés. Nous entendons également privilégier les émissions qui permettent aux aînés d'affirmer encore mieux leurs droits et leurs priorités.

Dans cette perspective, nous avons poursuivi notre collaboration avec des émissions comme *Best Years* à CBC et *Comment ça va?* à Radio-Canada. Nous avons également confiance que le projet pilote d'une émission appelée *Discover your choices/Des choix, à vous d'en faire* se concrétiseront et seront à l'antenne dès l'automne prochain. La participation active des aînés à la préparation et à la rédaction même des documents constitue l'aspect le plus original de ce projet. Nous pouvons dire que ce sont des émissions par et pour les personnes âgées.

• 1615

Au printemps dernier, nous avons également révisé la première édition du *Guide des programmes et services fédéraux pour les aînés* et ce, à partir des commentaires que nous avons reçus des aînés. Je dois dire que je suis tout particulièrement heureuse du résultat. Il s'agit là d'un véritable *Best Seller* que nous avons distribué à plus d'un million d'exemplaires. Cette année, nous pousserons l'expérience encore plus loin afin de répondre aux besoins des aînés qui souffrent d'un handicap visuel ou qui sont allophones. Le guide sera donc disponible sur bande magnétique et sera traduit dans neuf autres langues que le français ou l'anglais.

[Traduction]

My second year, this year that is just finishing, was characterized first and foremost by reflection. The information I had gathered during my first year, my meetings with groups, and so forth, all required that we pause in order to synthesize what we had seen and heard throughout the country.

Beginning in September, I undertook an in-depth review of the Seniors' Independence Program. There were two elements behind this undertaking: the consultations that I had held the previous year and the prospect of seeing the number of Canadian seniors double between now and the year 2021. I shall be completing this review in collaboration with my colleague, the Hon. Perrin Beatty, a review based on the principle that we need to establish an effective, solid partnership based on mutual confidence between seniors' groups and the Canadian government, if we are to deal successfully with the challenges of aging.

The government of Canada thus becomes an agent for the promotion of seniors. A population that is better informed about the aged and about aging is a population that will be more sensitive to the needs and aspirations expressed.

I would hope that this revision will be finished very shortly, and that we will be in a position to inform you about concrete measures very soon. To achieve this, the Seniors Secretariat has also stepped up its communication activities. We shall continue to support television programs on the major national networks which project the image that seniors must be active, dynamic and involved if they are to remain in good health. We intend to give preference to programs which allow seniors to affirm their rights and priorities to a greater extent.

With this aim in mind, we continue to collaborate in such programs as "Best Years" on CBC and "Comment ça va?" on Radio-Canada. We are also confident that the pilot project of a program called "Discover your choices/Des choix, à vous d'en faire" will take concrete form and will be telecast next fall. The active participation of seniors in the preparation and even the actual writing of some of the presentations constitutes the most original aspect of this project. It can truly be said that these are programs by and for seniors.

Last spring, we also revised the first edition of the *Seniors' Guide to Federal Programs and Services* to reflect the comments we had received from seniors. I must say I am particularly proud of this guide; it has become a real «best seller», with more than a million copies distributed. This year we shall be going still further with this experiment so that we will be able to reach visually impaired seniors and those who do not speak English or French. The guide will be made available on tape, as well as being translated into nine languages in addition to the original English and French.

[Text]

Je crois profondément que l'un des principaux facteurs qui peut miner la capacité de mener une vie autonome est le manque d'accès à l'information. Cela est vrai, quel que soit le domaine, qu'il s'agisse de questions liées au transport, au revenu, à la santé, au logement, et j'en passe. Voilà pourquoi nous consacrons autant d'efforts à communiquer avec les aînés.

À titre de ministre responsable des aînés, je suis aussi particulièrement sensible à la notion de services. Une des raisons qui m'a amenée en politique est la volonté de mieux servir nos concitoyens. Voilà pourquoi j'attache une attention toute particulière à la correspondance que je reçois.

Plusieurs personnes qui m'ont écrit cette année étaient des personnes très âgées, c'est-à-dire des gens de plus de 85 ans aux prises avec des problèmes complexes et sérieux. Il n'a jamais été question de renvoyer l'examen de cette demande aux ministères fédéraux ou provinciaux de qui relevaient les programmes mentionnés dans les lettres. J'ai plutôt demandé à mon personnel d'étudier chaque cas et de guider le mieux possible ceux qui sollicitaient notre aide. Beaucoup de temps doit être consacré à l'examen de ces lettres. Je crois qu'il s'agit là d'un service auquel on ne peut se soustraire, malgré le peu de ressources du Secrétariat du troisième âge.

J'ai personnellement pris connaissance de plusieurs lettres d'information et de renseignements qui étaient envoyées aux personnes âgées et je dois vous dire que les personnes qui reçoivent les lettres ont en main toutes les informations nécessaires.

Il y a aussi une autre raison qui explique mon intérêt pour la correspondance. Elle me permet, en temps que ministre, de mettre le doigt sur la réalité—avouons-le, pas toujours rose—des aînés, en particulier celle des femmes. La correspondance de la dernière année me confirme malheureusement le constat révélé par les statistiques. Les femmes âgées du Canada vivent pour plusieurs dans la pauvreté. Trop souvent hélas, au Canada, être femme veut dire être seule, malade et pauvre.

Bien qu'elles ne représentent que 53 p. 100 de l'ensemble de la population âgée de plus de 65 ans, elles comptent pour 72 p. 100 des aînés canadiens qui vivent en-dessous du seuil de la pauvreté. Cette situation est tout à fait déplorable et j'ajouterai moralement inacceptable pour un pays comme le Canada. Et c'est pour cette raison que je fais de la lutte à la pauvreté des femmes âgées ma priorité de la prochaine année.

L'autre priorité consiste à raffermir le partenariat avec les provinces. Si la presse fait grand état des enjeux qui sont liés à la protection de l'environnement, au contrôle de la dette publique, encore trop peu d'analyses traitant des conséquences qui sont liées au vieillissement de la population ont fait l'objet des débats et d'échanges au sein des pouvoirs publics. C'est pourquoi j'entends bien inviter mes collègues des provinces à une rencontre fédérale-provinciale sur les aînés et le vieillissement de la population.

Nous devons aborder, entre autres, le rôle que chacun de nous devra jouer si nous voulons relever correctement ce défi de société puisque, il faut le répéter, nous avons, les provinces et le gouvernement central, un rôle

[Translation]

I strongly believe that one of the key factors undermining the ability to lead an independent life is the lack of access to information. This is true regardless of the area in which information is needed: transportation, income, health, housing, and so forth. That is why we make such considerable efforts to communicate with seniors.

As the Minister responsible for seniors, I am also particularly aware of the notion of service. One of the reasons I entered politics was the desire to better serve my fellow citizens. This is why I devote particular attention to the correspondence that comes to me.

A number of the letters I received this past year came from the old elderly, that is people over the age of 85, with complex and serious problems. There was never any question of referring the requests to the federal or provincial departments responsible for the programs mentioned in these letters. Instead, I asked my staff to study each case and to provide the best possible guidance to those asking for our help. Handling these letters is very time-consuming, but I feel that this is a service on which there cannot be any stinting, regardless of the Seniors Secretariat's limited resources.

I personally familiarized myself with many of the newsletters and information bulletins sent to seniors, and I must say that the people who receive this material have all the necessary information available.

There is also another reason for my interest in the correspondence: it allows me, as Minister, to have a finger on the pulse of reality, a reality which is, it must be admitted, not always a rosy one for seniors, particularly women. This past year's correspondence unfortunately confirms what the statistics have already indicated: a number of older Canadian women live in poverty. All too often, in Canada, being a woman means being alone, sick and poor.

Although they represent only 53 percent of the entire senior population over the age of 65, women account for 72 percent of Canadian seniors living below the poverty line. This is a totally deplorable situation and one which, I would add, is morally unacceptable in a country such as Canada. For this reason, I am making the battle against poverty among older women my priority for the coming year.

My other priority consists in reaffirming partnership with the provinces. The press devotes a lot of ink to issues related to the environment and to control of the national debt, but all too few analyses of the consequences of our aging population have been the subject of debates within the framework of exchanges between public powers. This is why I therefore intend to invite my provincial colleagues to a federal-provincial meeting on seniors and the aging population.

Among the issues to be addressed is the role each of us must play if we are to properly rise to this societal challenge. It cannot be stressed enough that provinces and the federal government have complementary roles to play in the area of

[Texte]

complémentaire à jouer lorsqu'il s'agit des personnes âgées. Je le dis et le répète, le vieillissement de la population n'a pas que des côtés sombres, bien au contraire. Les aînés représentent un potentiel énorme et la pire erreur que notre société pourrait commettre, est de se priver d'un pareil potentiel.

Je vous remercie.

Je vous présente Richard Dicerni, sous-ministre principal adjoint à Santé nationale et Bien-être social Canada, et Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des Programmes de service social.

The Chairman: Thank you very much, Madam Minister. Certainly we look forward to questions from the members.

I recall the edition of the *Seniors Guide to Federal Programs and Services*. I think many of the members circulated those to seniors' homes and a variety of groups among our constituents. As you have indicated, the demand for that publication and the information contained therein was certainly of benefit to seniors and certainly it is something that you have indicated has been updated. I think seniors require the latest information they can have relative to programs that are available.

• 1620

It has certainly been brought to the attention of this committee by witnesses in the past about the significance of Canada's aging population and the changes we are going to see over the next few years in relatively short terms, including Canada's population numbers, those of us who are reaching that magic age, how it is building and the implications it has on all of the services that governments at all levels provide.

Certainly your role as the minister responsible for this important portfolio—and becoming more important as years go on—is going to be something that governments will have to deal with in the future. We do thank you for your testimony today. We will now move into the first rounds of questioning.

We have a good representation from the Liberal Party. My goodness, what is happening out there? Did they call off the convention? Why are you all here?

Mrs. Vézina: This is the most important issue.

Mme Mary Clancy (députée de Halifax): C'est ça.

The Chairman: I will not remind anybody of the problems we have had with quorums in the past little while. However, we are glad to see you here. I see we are lacking people from the New Democratic Party today. However, Mrs. Clancy, I understand you are the lead questioner. You are here, raring to go, and you will be the first.

Mrs. Clancy: I will begin, with the Chair's and the minister's indulgence, by apologizing to the Chair and to the other committee members for my absence last week as a result of a death in my immediate circle in Halifax. I had to make arrangements over the phone. Otherwise I would have been here, I promise.

[Traduction]

services for seniors. Let me stress again that there is more than a just down side to this aging of our population. Far from it. Seniors represent an enormous potential and the worst error of society could ever commit is to not take advantage of this particular potential.

Thank you.

I wish to introduce Richard Dicerni, Senior Assistant Deputy Minister of National Health and Welfare, and Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Social Services Programs Branch.

Le président: Merci beaucoup, madame la ministre. Nous attendons avec impatience les questions des députés.

Je connais bien ce *Guide des programmes et services fédéraux pour les aînés*. Je crois que plusieurs députés en ont fait circuler des exemplaires dans les foyers pour personnes âgées et les regroupements d'aînés dans leur circonscription. Comme vous l'avez signalé, la grande demande pour cette publication indique que l'information qu'elle contient est d'une aide précieuse pour les aînés, et vous nous avez également signalé qu'elle a été mise à jour. Je crois que les aînés ont besoin d'information toute récente sur les programmes qui leur sont disponibles.

D'autres témoins n'ont pas manqué de porter à l'attention du comité la signification du vieillissement de la population canadienne et des changements auxquels nous allons assister à relativement court terme, y compris son incidence sur la population comme telle, le nombre de citoyens qui atteignent cet âge magique, l'évolution de la situation et son incidence sur tous les services fournis par tous les paliers du gouvernement.

Il n'y a nul doute que votre rôle en tant que ministre responsable de cet important portefeuille—et dont l'importance s'accroît au fil des ans—n'est pas négligeable et que les gouvernements devront se pencher sur le sujet à l'avenir. Nous vous remercions donc pour votre témoignage. Nous passons maintenant au premier tour de questions.

Le Parti libéral est aujourd'hui fort bien représenté. Mon Dieu, qu'est-ce qui se passe? Est-ce qu'on a annulé votre congrès? Comment se fait-il que vous soyez tous ici?

Mme Vézina: C'est le dossier le plus important.

Ms Mary Clancy (Halifax): That is right.

Le président: Je ne tiens pas à rappeler que nous avons eu des problèmes à constituer un quorum au cours des dernières semaines. Cependant, nous sommes heureux de vous voir ici. Je vois que nous n'avons aucun représentant du Nouveau Parti démocratique. Cependant, madame Clancy, je crois comprendre que la première question est à vous. Vous êtes ici, impatiente de commencer, et vous serez la première.

Mme Clancy: Avec votre permission, monsieur le président et madame la ministre, j'aimerais commencer par m'excuser auprès du président et des autres membres du comité pour mon absence la semaine dernière à cause d'un décès chez mes proches à Halifax. J'ai dû prendre toutes les dispositions nécessaires par téléphone. Autrement, je vous assure que j'aurais été ici.

[Text]

The Chairman: I think we realize all of us can have those types of problems. I arrived just a few minutes ago on the plane and I had phoned ahead to ask for help in case I was late. I guess our problem that day is that we did not have any Opposition member and had to go next door.

Mrs. Clancy: Indeed, I got a call, but there was nothing I could do. It was a question of having to be at the end of the telephone for an hour and I could not find anybody else.

The Chairman: I am sure you will make up for it today with your usual round of penetrating questions.

Mrs. Clancy: I am sure I shall, Mr. Chairman, or I shall attempt to.

Welcome, Madam Minister. It is very kind of you to come to us. I would like to ask you a couple of questions. I am borrowing from the dossier of my colleague Peter Milliken, member for Kingston and the Islands, who is our seniors critic. He is at another committee.

One of the questions I wanted to ask you is about the feminization of poverty among the elderly, which you mentioned yourself. I believe you said 73% of the elderly who live in poverty are female. I am wondering what impact you feel the goods and services tax will have on those women already living in poverty.

Mme Vézina: Lorsque j'exprime, en temps que femme ministre, ma préoccupation envers les personnes, les femmes et la pauvreté, c'est qu'en même temps je suis consciente que nous avons besoin, comme gouvernement, d'une marge de manoeuvre nous permettant d'améliorer nos programmes sociaux.

Je maintiens donc que le rôle d'un gouvernement central est de venir en aide aux personnes qui en ont le plus besoin. Et, lorsqu'on est ministre au troisième âge on le constate facilement, ce sont les femmes qui sont dans le besoin le plus immédiat.

Ce que le gouvernement essaie de faire, c'est d'abord réduire notre déficit pour pouvoir se donner cette marge de manoeuvre qui est nécessaire à l'amélioration de nos programmes sociaux. Nous essayons aussi de penser à une réforme fiscale qui inclut bien sûr la TPS—ou la GST comme on dit dans l'autre langue—, qui permettra justement de reconnaître à ces personnes le droit de profiter des avantages sociaux accrus.

Et pour moi, comme membre de ce Cabinet ayant accepté cette réforme fiscale, j'ai d'abord posé la question de savoir quelle en sera la conséquence directe auprès des personnes âgées. Et je sais très bien qu'avec les mécanismes que nous avons mis en place, cette taxe, au lieu de nuire aux personnes âgées en proie aux difficultés financières, pourra, bien au contraire, améliorer leur situation financière. La preuve en est faite à partir d'analyses, que je n'ai pas avec moi, mais qui démontrent que les personnes âgées qui ont un revenu de 30,000\$ et moins seront avantagées par cette taxe.

[Translation]

Le président: Je crois que nous savons tous fort bien que chacun d'entre nous peut avoir ce genre de problème. Je viens d'arriver par avion il y a quelques minutes seulement et j'avais appelé à l'avance pour demander de l'aide au cas où je serais en retard. Je crois que notre problème ce jour-là était que nous n'avions aucun député de l'opposition et nous avons dû aller en chercher à côté.

Mme Clancy: Oui, effectivement, on m'a appelée mais je ne pouvais rien faire. J'ai dû rester en ligne pendant une heure et je ne pouvais trouver personne d'autre.

Le président: Je suis persuadé que vous saurez compenser cette absence aujourd'hui par vos questions toujours probantes.

Mme Clancy: C'est ce que j'ai l'intention de faire, monsieur le président, ou du moins je vais essayer de le faire.

Bienvenue, madame la ministre. Vous êtes bien aimable d'avoir consenti à comparaître devant nous. J'aimerais vous poser quelques questions. J'emprunte le dossier de mon collègue, Peter Milliken, député de Kingston et des Îles, qui est notre porte-parole pour les questions du troisième âge. Il siège actuellement à un autre comité.

L'une des questions que je voulais vous poser porte sur la féminisation de la pauvreté parmi les aînés, une situation que vous avez vous-même évoquée. Je crois que vous avez dit que 73 p. 100 des aînés qui vivent sous le seuil de la pauvreté sont des femmes. Je me demandais comment vous entrevoyez les répercussions de la TPS sur ces femmes qui vivent déjà dans la pauvreté.

Mrs. Vézina: As a female minister, when I express my concern about people, women and poverty, I am aware that as a government, we need sufficient scope to improve our social programs.

I therefore maintain that the role of a central government is to help the neediest. When you are Minister responsible for seniors, you quickly realize that women are the neediest.

What the government is trying to do first and foremost is to reduce our deficit in order to give itself the scope that is necessary to improve our social programs. We are trying to come up with a tax-reform package that includes the GST and that will precisely help us to give these people increased social benefits.

Personally, as a member of the Cabinet that approved this tax reform, the first question I asked was what the direct consequences would be for the elderly. I am convinced that because of the mechanisms we have put in place, far from worsening the financial situation of the needy elderly, this tax will improve it. Proof of this can be found in analyses that I do not have with me but that show that seniors who earn less than \$30,000 a year will benefit from this tax.

[Texte]

[Traduction]

• 1625

Mrs. Clancy: I realize you do not have the particular analysis here, but if that is the case, what I presume you are referring to is the rebate, the credit. What I am hearing from senior citizens in my own riding is that even with the rebate there will be a cashflow problem, because of the expenditure on the GST because of the inflationary aspect. There is a real fear of not making ends meet.

Over and above that, in the whole area of dealing with poverty and the elderly, particularly elderly women, as I know the minister knows, there is a reticence on the part of elderly women to take advantage even of programs that are there for their benefit. I am thinking, of course, of the Guaranteed Income Supplement. We discovered in the past year a number of seniors were just not applying for it because they felt a stigma was attached because of course there is a necessary means test.

I have a great deal of concern that this cashflow shortfall that is going to exist for certain periods with the poor elderly is going to create undue hardship. I am wondering if your department is looking at any specific programs to try even to bring the information to seniors and to ensure they are covered by the process.

Again, some of the changes in the income tax last year—and I am referring to the difficulties relating to communication—related to old age pensions and the situation whereby you are exempted from paying your income tax if you fill out a certain form. We have 21 senior citizens complexes in the riding of Halifax, and one of the staffers in my riding office went around to each one and showed people on a one-to-one basis how to do it. She literally went door to door and asked, look, can I help you with this?

There is a reticence to ask for help. It is a very difficult problem, I know. I am wondering if your department has any concrete plans for dealing with it.

Mme Vézina: Voilà pourquoi, dans l'introduction, je parle d'accès à l'information. Lorsque je rencontre les personnes âgées, j'essaie d'expliquer ce que le gouvernement fait dans une perspective globale. On parle souvent de la taxe, de la TPS de façon isolée, mais il faut expliquer aux personnes âgées, plus globalement, l'universalisation des programmes sociaux que nous avons maintenus en demandant toutefois aux personnes qui ont un revenu net de 50,000\$ et plus de rembourser le tiers. Ceci touche finalement 4 p. 100 de la population des aînés qui peuvent nous aider à réduire le déficit.

Il y a la réduction du déficit et la réforme fiscale. Il faut donc essayer, dans une perspective globale, d'expliquer ce que le gouvernement essaie de faire pour respecter ces personnes les moins bien nanties de la société. Et vous avez tout à fait raison, on doit, parallèlement, mettre en place un programme d'accès à l'information.

Voilà pourquoi on a un guide qui constitue l'un des moyens. NACA, le Conseil consultatif national sur le troisième âge, nous a fait des recommandations sur la taxe, et je pense même qu'il y a une recommandation qui touche

Mme Clancy: Vous n'avez donc pas les détails de cette analyse, mais j'imagine que vous nous parlez ici de la ristourne ou du crédit pour TPS. Pourtant, si j'en crois les personnes âgées de ma circonscription, même avec la ristourne elles vont avoir des problèmes financiers, dus à l'application de la TPS, et à la reprise de l'inflation. Certains craignent vraiment de ne pas pouvoir s'en sortir sur le plan financier.

Mais au-delà de ça, et je parle encore de la pauvreté des personnes âgées, plus particulièrement des femmes, la ministre sait que ces femmes âgées hésitent très souvent à profiter des programmes qui leur sont offerts. Je pense notamment au supplément du revenu garanti. Nous avons découvert, l'an passé, que beaucoup de personnes âgées n'en faisaient pas la demande, par gêne, parce que l'on vérifie alors vos ressources.

Je crains donc véritablement que certaines personnes âgées n'aient de réels problèmes financiers pendant toute une période. J'aimerais donc savoir si votre ministère a prévu un programme spécial d'information destiné aux personnes âgées, afin d'être sûr qu'elles profitent des programmes conçus pour elles.

Toujours à propos de ces mêmes difficultés de communication, vous savez que l'on a modifié l'an dernier les dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu concernant les pensions de vieillesse, et qu'il suffit de remplir un certain formulaire pour bénéficier d'une exemption d'impôt. Dans la circonscription de Halifax nous avons 21 maisons de retraite, et l'une des mes adjointes, de mon bureau de circonscription, s'y est rendue pour expliquer cela aux pensionnaires, en faisant du porte-à-porte et en leur demandant, individuellement, s'ils avaient besoin d'aide pour remplir ce formulaire.

Voilà donc des personnes qui hésitent à demander de l'aide. Je sais que pour vous c'est un problème difficile à régler, et j'aimerais savoir si votre ministère a prévu quoi que ce soit de concret à cet égard.

Mrs. Vézina: That is exactly why I spoke about access to information in my introduction. When I meet seniors, I always try to explain the government's policy in context. One talks a lot about the GST as if it were an isolated item, but we have to provide seniors with more complete explanations of how we maintained universal social programs, but had to ask people with a net income of \$50,000 and more to reimburse one third of OAS. This affects 4 percent of the seniors, and it helps us to reduce the deficit.

There is fiscal reform, but there is also the question of deficit reduction. So we have to put things in perspective, and explain in an overall context what the government tries to do to help the neediest. But you are quite right, we have to put in place, at the same time, a communications program.

That is why the guide was printed. We also had recommendations by the National Advisory Council on Aging concerning the tax, and, if I am not mistaken, the problem of information as well. The Secretariat as well as Health and

[Text]

l'information qui doit être diffusée. Nous allons mettre en place des mécanismes au niveau du Secrétariat et du ministère de Santé nationale et Bien-être social Canada pour pouvoir accroître l'information, rendre les services plus faciles et essayer de faire comprendre aux personnes âgées qu'elles n'ont pas à être gênées de réclamer le service auxquelles elles ont droit.

C'est pourquoi je veux absolument que l'on considère les personnes âgées comme étant des citoyens de première classe, citoyens qui ont le droit de demander tous les services gouvernementaux, provinciaux et fédéraux. C'est pourquoi nous devons aussi travailler avec les provinces pour pouvoir faire la part des choses et expliquer quelles sont les responsabilités provinciales, et quelles sont les responsabilités fédérales.

C'est pourquoi aussi, lorsque je reçois de la correspondance des personnes âgées, au lieu de l'envoyer au gouvernement provincial, ou au gouvernement fédéral, nous répondons immédiatement, le plus directement possible et le plus clairement possible; nous répondons aux personnes qui nous écrivent parce que je souhaite vraiment que les personnes âgées soient reconnues pour ce qu'elles ont fait et pour ce qu'elles méritent de recevoir.

• 1630

Mrs. Clancy: Within the senior citizens complexes in my riding—and one in particular, Northwood, in Halifax—there are all sorts of different facilities. Some of their workers are supported by federal government money, some are under provincial programs, and some are hired directly by the boards of directors.

In this desire to implement a better communications strategy, is there any federal government program to bring in some of those workers? I find that most of them are fairly young men and women with social work education who are in their first jobs. Some of these programs are very good, and they immediately establish a very good rapport with their clientele. Through the riding office, we frequently work with these people to get information across to do this sort of thing. Is there any plan to use these outreach workers to implement the information flow you are talking about?

Mme Vézina: Comme le disait monsieur le président, le grand avantage d'être ministre responsable des personnes âgées, c'est qu'il y a tout à inventer puisque c'est une situation sociale qui évolue; les besoins sont grandissants, de plus en plus diversifiés.

Nous avons des personnes âgées qui sont très actives, et nous avons des jeunes qui veulent travailler avec les personnes âgées. Nous devons donc explorer toutes les formules qui pourraient être les plus efficaces et les plus humaines possibles.

Je serais quant à moi très ouverte à toute recommandation ou suggestion que vous pourriez nous faire, pour faire ce que j'appelle le *troc de l'expertise*: personnes âgées qui veulent travailler avec des jeunes travailleurs; et jeunes travailleurs qui veulent aussi échanger des services, que ce soit au niveau du bénévolat ou de structures établies dans des institutions.

[Translation]

Welfare Canada are going to implement measures in order to improve information, as well as access to services, and explain to seniors that there is no reason to feel uneasy about applying for a service meant for them.

That is why I insist on looking at seniors as first-class citizens, having access to all government services, provincially and federally. That is why we have to work with the provinces in order to make things absolutely clear and explain what are provincial and what are federal responsibilities.

But also, whenever seniors write to me, my office answers immediately, as directly and as clearly as possible, instead of forwarding the letter to the provincial or federal government. We make a point of answering any mail from seniors, in keeping with my fervent wish that the elderly be recognized for they have done and given what they deserve.

Mme Clancy: Je reviens à ces résidences pour personnes âgées de ma circonscription—je pense plus particulièrement à Northwood, à Halifax—et aux services qui leur sont offerts. Dans certains cas les salaires des employés viennent des crédits fédéraux, d'autres relèvent de programmes provinciaux, et d'autres employés sont recrutés directement par les conseils d'administration.

Dans son effort pour mettre en place une meilleure stratégie de communication, le gouvernement fédéral a-t-il envisagé de faire appel à ces employés? Il s'agit dans la plupart des cas d'hommes et de femmes jeunes, qui ont une formation de travailleurs sociaux, et dont c'est le premier emploi. Certains des programmes au sein desquels ils travaillent sont excellents, et leur permettent d'établir immédiatement un très bon rapport avec leur clientèle. Mon bureau de circonscription est d'ailleurs fréquemment en rapport avec eux, à des fins d'information et de communication avec les personnes âgées. J'aimerais donc savoir si vous avez envisagé de vous servir de ces travailleurs sociaux pour améliorer la communication et l'information?

Mrs. Vézina: As I have said, Mr. Chairman, the good thing about being the Minister responsible for seniors is that I have a fairly free reign and can innovate to adapt to a constantly evolving social situation, as the needs are increasing and more and more diversified.

Some seniors are very active, and some young people wish to work with seniors. So we have to explore new avenues and concepts that might be more efficient and as humane as possible.

I would be very open to any recommendation or suggestion which you might like to make, in the direction of what I call the expertise swap: I am talking about seniors ready to work with young workers, and young workers wishing to participate in an exchange of services, either on a volunteer basis or within institutionalized existing structures.

[Texte]

Richard or Peter, do you have something to add?

Mr. Richard Dicerni (Senior Assistant Deputy Minister, Department of National Health and Welfare): Briefly, we are looking at a number of mechanisms in terms of reaching the seniors constituency vis-à-vis the traditional routes of cheque inserts, magazines, newspapers that are targeted at the seniors population, or by using some of the other program contacts such as Seniors' Independence Program, the New Horizons Program and so forth. We do have a series of workers out there who are communicating. One of things we are trying to do is to build on the linkages and networks that are out there, whether it be in the form of posters to . . .

Mrs. Clancy: One of your best methods might be to use the parliamentary channel. More seniors watch the parliamentary channel than any other group. You might get commercials between Question Period and the members' statements or something.

Madam Minister, you briefly touched on the question of the claw-back on the old age pension. I am hearing a great deal from seniors. Just about everybody over 75 years of age who worked outside the home contributed when the old age pension program was a contributory program. Are there many in the \$50,000-plus bracket—it is not the huge amount of money it used to be—who are feeling particularly cheated by the claw-back of money that they contributed to, planned for and feel they have a right to? Is there is any question of a policy that would look at seniors who had actually contributed to the old age pension plan? Has there been any communication with them—other than the generally accepted statement that we all have to work to reduce the deficit? Those people who contributed to the old age pension seem to be extremely unhappy. I would use my mother as an example, but I use her too often.

Mrs. Vézina: This is the first time I have heard this example. The best example is always about our mothers.

Mrs. Clancy: Absolutely. She is my personal senior citizen whom I can use as an example. Certainly I hear this again from the seniors in the various places. I think it was up to the early 1960s that it was contributory, and many of the seniors in my riding seem to live a very long time, or maybe it just seems longer.

[Traduction]

Richard, ou Peter, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter?

M. Richard Dicerni (sous-ministre adjoint principal, ministère de la Santé et du Bien-Être social): Effectivement, nous essayons de trouver d'autres façons d'entrer en contact avec les personnes âgées, outre les habituelles notes qui accompagnent les chèques, annonces et encarts dans la presse que lisent ces mêmes personnes âgées, et cela en utilisant certains des contacts que nous donnent nos programmes tels que le Programme d'aide à l'autonomie des aînés, ou le programme Nouveaux horizons etc. Nous avons donc déjà sur place des employés qui peuvent communiquer avec les personnes âgées. Voilà donc déjà tout un réseau de contacts utilisables, qui nous permet ensuite par campagne d'affichage par exemple. . .

Mme Clancy: Vous pourriez aussi utiliser le canal de la télévision parlementaire. Les personnes âgées, plus que n'importe quel autre groupe, regardent la télévision parlementaire. Vous pourriez, entre la période de questions et les discours des députés, par exemple, faire de la publicité qui les concerne directement.

Madame la ministre, vous avez également abordé rapidement la question de la récupération fiscale imposée aux personnes qui touchent la pension de vieillesse. Je suis en permanence en rapport avec les personnes âgées, et presque toutes celles qui ont plus de 75 ans et qui ont eu un emploi à l'extérieur ont cotisé, à l'époque où c'était possible. Y en a-t-il tant que ça qui gagnent plus de 50,000\$—de toute façon ça n'est plus autant que cela pouvait le paraître auparavant—et qui se sentent particulièrement trompés par cette mesure, puisqu'ils ont cotisé, et qu'ils estiment avoir le droit à cette pension? A-t-on éventuellement pensé faire quelque chose pour ces personnes âgées qui avaient cotisé au régime de pension de vieillesse? A-t-on envisagé un programme de communication auprès de ces personnes âgées, autre que ces déclarations habituelles selon lesquelles nous devons réduire le déficit? Ceux qui ont cotisé à ce régime se trouvent extrêmement mal traités. Je pourrais vous citer l'exemple de ma mère, mais c'est toujours celui-là que je cite.

Mme Vézina: C'est pourtant la première fois que je vous entends en parler. De toute façon, citer l'exemple de nos mères est toujours ce qu'il y a de mieux à faire.

Mme Clancy: Absolument. Elle est en quelque sorte la personne âgée dont j'ai la responsabilité plus particulière, et je peux en parler en connaissance de cause. J'entends beaucoup de personnes âgées s'en plaindre. Si je ne me trompe, il s'agissait d'un régime contributif jusqu'au début des années 60, et apparemment les personnes âgées de ma circonscription vivent vieux, ou peut-être est-ce simplement que le temps leur semble long.

• 1635

Mrs. Vézina: Can you ask them their secret?

An hon. member: Lobster.

Mrs. Clancy: Nobody else wants to buy it.

Mme Vézina: Pourriez-vous leur demander leur secret?

Une voix: Le homard.

Mme Clancy: Puisque personne d'autre ne l'achète.

[Text]

I am wondering if there are any plans on the part of the secretariat to use communication to deal with this particular problem, or perhaps give a break to those who did contribute.

Mme Vézina: Vous savez Mary, mon objectif est de faire en sorte que les personnes âgées soient considérées comme des citoyens à part entière. Lorsque nous atteignons cet objectif, ces personnes ont des droits et des responsabilités. Je conviens avec vous qu'il est difficile d'accepter de rembourser des programmes auxquels on a participé ou contribué financièrement.

Mais en même temps, je sais très bien que les personnes âgées que nous invitons à rembourser parce qu'elles ont un revenu supérieur à 50,000\$ ont aussi profité des avantages. La population canadienne a profité des avantages que nous pouvions offrir en tant que pays qui avait les moyens. Par les temps qui courent, nous devons réduire notre déficit et nous devons le faire de façon collective et d'une façon solidaire.

Je peux déplorer cette situation mais en même temps, je me dis que si l'on considère que les personnes âgées sont des citoyens de première classe, je dois aussi les respecter et leur demander de faire un geste de solidarité pour pouvoir réduire le déficit qui, lui, permettra d'améliorer les programmes sociaux pour les femmes qui en ont vraiment besoin et pour les familles, puisque c'est une perspective globale. Il me semble que c'est un principe juste et équitable.

Mr. Halliday (Oxford): I would like to welcome the minister to the committee again, along with her officials.

I was heartened to see in your statement, Madam Minister, that as one who is approaching the age of 65 I will not be deemed to be old and elderly for another 20 years after that.

The Chairman: Certainly not you, Doctor.

Ms Greene (Don Valley North): And they are taxing back his family allowance.

Mr. Halliday: I want to ask a general question first. It relates to health care. As you probably know, Madam Minister, this committee has been looking at the health care system and its funding. Some of the officials of Health and Welfare have been before the committee, as have many groups from across the country of all types, consumer groups and various types of professional groups. Although I must say we have not had many medical groups yet to give a balance, we are getting a general thrust that we need to be doing a couple of things. One is to be reallocating our resources, spending a bit more carefully, and what that seems to entail is putting more money into prevention. We are not sure where that money is going to come from, whether that is going to be new money or not. I understand the advantages of that. The other suggestion is that probably we are putting too much money into high-technology, and as a person moving into the senior age group that bothers me a little bit.

I am wondering what kind of feedback you are getting as an advocate for seniors about that. For example, we have been told that during the last three months or six months of one's life, an awful lot of time is spent in hospital. One never

[Translation]

Je voulais donc savoir si votre secrétariat envisageait une campagne de communication sur ce problème particulier, ou peut-être même une mesure fiscale spéciale concernant ceux qui ont cotisé.

Mrs. Vézina: As I said, Mary, I really want seniors to be treated as full-fledged citizens. It means they have rights and responsibilities. I agree with you, this clawback is difficult to accept for those who did contribute.

But at the same time seniors who have to pay back money, because they have an income of \$50,000 or more, did at one time benefit from those policies. Canadians could benefit from various advantages that were offered when the country could afford those policies. Now we have to reduce the deficit, we have to do it collectively and with a sense of solidarity.

Though I may deplore the situation, I also think, talking about solidarity, that seniors who are considered first-class citizens, have to be respected as such and can be asked to participate in the deficit reduction effort, which will allow us to improve social programs for women who really need them, and for their families, as we take things in a broader perspective. I think the principle is fair and equitable.

M. Halliday (Oxford): Je souhaite la bienvenue à la ministre et à ses hauts fonctionnaires.

J'ai été heureux de lire votre déclaration, madame la ministre, et de constater, moi qui approche de mes 65 ans, que je ne serais pas classé parmi les personnes âgées avant 20 ans.

Le président: Certainement pas vous, docteur.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Et le gouvernement récupérera ses allocations familiales.

M. Halliday: J'ai d'abord une question de portée générale à poser. Elle concerne la santé. Comme vous le savez, madame la ministre, le comité s'est penché sur notre système médico-hospitalier et sur la question de son financement. Certains des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et du Bien-Être ont comparu, de même d'ailleurs que divers témoins de toutes sortes et de tout le Canada, représentant aussi bien les consommateurs que les groupes professionnels. Même si nous n'avons pas entendu beaucoup de représentants du secteur médical, nous commençons à comprendre qu'il faut prendre des mesures. L'une consisterait à réviser l'allocation des ressources disponibles, à dépenser de façon plus prudente, et à ce sujet consacrer plus d'argent à l'effort de prévention. Nous ne savons pas, pour le moment, d'où viendra cet argent, ni si même il y aura de nouveaux crédits pour cela. Cela je peux très bien le comprendre. Par ailleurs on entend également beaucoup dire que nous investissons trop dans les techniques de pointe, et moi qui approche du troisième âge, cela me préoccupe un peu.

J'aimerais donc savoir, vous qui défendez les intérêts des personnes âgées, ce que vous avez pu en entendre dire. Nous avons entendu des témoins nous dire qu'au cours des derniers trois ou six mois qui précèdent notre mort, nous passons

[Texte]

knows in advance, of course, when that admission to hospital is going to be the last time, but a lot of time is spent there, with great expense. Of course a lot of technology is involved in those last days, a lot of lab tests, a lot of high-technology tests, and I am wondering what the senior citizens you talk to feel about that. Do they feel money should be taken away from this high-technology sphere?

Only this morning, Mr. Chairman, we heard from blind people and from deaf people that the advances in technology in the last 10 years have been phenomenal and that most governments are not giving those people who are disabled the advantages of that technology. I would submit that the same thing applies right across the map in health care. Technology is moving along so fast that we cannot afford to decrease our expenditures; yet we are told by groups the implication is there that we cannot really afford this kind of expenditure, we must give it to the ordinary bread-and-butter sort of problems to help prevent disease.

• 1640

You mentioned that we want our seniors to be first-class citizens. That does not mean there should be any discrimination as to who gets high-technology and whether there will be a cut-off at age 85 to certain high-technology programs because of age. That is not ever a very good criterion as to how one's health is. As you know, it could be poor at 55 or it could be excellent at 85. That is not a good criterion. But we may see it coming. I can foresee it.

The other way to attack that problem is through unreasonable waiting lists, for governments to be willing, as they are now, to accept unreasonably long waiting lists. I think this is untenable.

How do you feel senior citizens are going to receive this kind of treatment by governments in the future? Are they prepared to see money taken from high-tech to be put into preventive programs or into other rationalizations, as they like to call the health care system?

Mme Vézina: Ce que je trouve le plus important lorsque l'on essaie de voir quels sont les traitements que l'on peut donner aux personnes âgées, ce serait peut-être, d'abord, de leur demander quels sont ces traitements qu'ils veulent recevoir à partir de consultations que nous organisons, à partir des programmes d'autonomie des aînés, de *Nouveaux horizons*, autant de programmes qui nous permettent d'identifier exactement quels sont les programmes que les personnes âgées veulent recevoir. Parce qu'il y a sûrement des priorités établies par ces personnes.

Il y a une chose à laquelle je tiendrai toujours, c'est que jamais il n'y ait de discrimination basée sur l'âge. Je pense qu'une chose est certaine: si une personne demande des soins, peu importe l'âge, on doit lui donner ces soins. Il y a là aussi une responsabilité qui est partagée par le gouvernement provincial, et il y a une responsabilité de recherche et de *high tech* qui est partagée par le gouvernement fédéral.

[Traduction]

beaucoup de temps dans les hôpitaux. On ne sait jamais à l'avance, bien sûr, si c'est la dernière fois qu'on va être hospitalisé, mais il semble que l'on passe beaucoup de temps dans les hôpitaux, et cela coûte très cher. Bien sûr cela s'accompagne d'une utilisation massive des techniques modernes, d'examen en laboratoire, et de tas d'examen qui mettent en cause les techniques les plus avancées; j'aimerais savoir ce que les personnes âgées vous en disent. Ont-elles notamment le sentiment que ces techniques de pointe nous coûtent trop cher?

Pas plus tard que ce matin, monsieur le président, nous avons entendu des représentants des aveugles et des sourds nous dire que depuis dix ans, on avait fait des progrès considérables sur le plan technique, et que malheureusement les gouvernements n'en faisaient pas pleinement profiter ceux qui souffrent d'un handicap. Et cela s'applique à tous les secteurs de la santé. La technologie évolue si rapidement que nous ne pouvons pas nous permettre de diminuer nos dépenses. Or, certains viennent nous dire que nous n'avons pas vraiment les moyens de ce genre de dépenses, que nous devons parer au plus urgent et lutter contre la maladie.

Vous avez dit que les personnes âgées devaient être traitées comme des citoyens de première classe. Cela ne signifie pas une absence de discrimination entre ceux qui ont droit au progrès technologique et les autres. Cela ne signifie pas qu'au-delà de 85 ans on doit renoncer à certains programmes qui font appel à la technologie. Le critère de l'âge n'est jamais un très bon critère de la condition des gens. Comme vous le savez, on peut être en mauvaise santé à 55 ans ou en excellente santé à 85. Ce n'est pas un critère valable. Mais il est possible qu'on finisse par en arriver là; cela ne m'étonnerait pas.

Il y a une autre façon d'attaquer le problème, il s'agit des listes d'attente interminables. Apparemment, les gouvernements sont prêts à accepter cet état de choses, ce qui me semble tout à fait inacceptable.

À votre avis, comment les citoyens réagiront-ils à l'avenir quand ils seront traités de cette façon-là par les gouvernements? Est-ce qu'ils accepteront de voir les fonds destinés à la technologie consacrés à des programmes préventifs ou à d'autres projets de rationalisation, un terme qu'on utilise fréquemment en matière de santé?

Mrs. Vézina: When looking for ways of treating senior citizens I think the most important thing is to ask them what it is they want. Therefore, we are having consultations, we have the Seniors Independence Program, New Horizons, several programs which allow us to hear from the senior citizens what kind of programs they really want. After all, these people have their own priorities.

I always insist upon one thing: no age discrimination. One thing is certain: when a person requires health care, whatever his or her age, this care must be provided. This is a responsibility that we share with the provincial government, and there is also a research and high tech responsibility that is being shared by the federal government.

[Text]

Il y a la question des personnes-années qui relève, je pense, beaucoup plus du gouvernement provincial que du gouvernement fédéral. Et la principale préoccupation que j'aurai comme ministre, c'est de m'assurer quels sont les services que les personnes veulent avoir. C'est aussi la raison pour laquelle je souhaite avoir une rencontre avec les provinces.

Plusieurs rencontres ont eu lieu l'an dernier, dans le cadre des consultations que je faisais, et je me prépare pour l'automne prochain à avoir des rencontres avec les ministres responsables des gouvernements provinciaux, pour essayer d'étudier des façons de travailler ensemble afin de s'assurer que la personne qui a le droit d'avoir des services puisse identifier les genre de services, recevoir les services, et que ces services soient les moins coûteux possible.

Peut-être qu'au niveau technique, Richard ou Peter vous avez des choses à ajouter?

Dr. Peter Glynn (Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare): I will make a short commentary; I talked to the committee a few weeks ago. Dr. Halliday, I think the important issue here is to make sure we are not spending money inappropriately. I think your committee has heard a lot of discussion about appropriate and inappropriate care.

I guess I am not convinced that we are careful enough about how we spend our money before we start talking about reallocating it or denying services, those sorts of things. Let us make sure that we do it well now, and not deny service. There is no basis to deny it on the basis of age.

Mrs. Vézina: When we speak about partnership, this is a good example. Seniors may be involved. Health care providers can be involved, along with provincial and federal governments. It is not a new idea, but we must put it in place.

Mr. Halliday: Under the subject of the Health Promotion Grants and Contributions Program, and also under the NHRDP, certain funds are allocated for study of health care as it relates to seniors. If the minister or officials could give us a bit of an update on what is being done by way of research and other projects for seniors, I would be particularly interested with regard to the fact that—if my information is right—there is no assistance provided in 1989-90 for projects that deal specifically with health care for the elderly. I am wondering whether that will be corrected or changed this present fiscal year.

• 1645

Speaking as a family physician, I think they are getting increasingly concerned about the need for increased emphasis on health care for seniors, simply because of the absolute numbers that will be around to be looked after in the years ahead, and so I am wondering what initiatives the government is taking now to address that situation, with specific reference to the Health Promotion Grants and Contributions Program and the NHRDP.

[Translation]

There is the matter of person-years, which is much more a provincial matter than a federal matter. And as a minister, my first task is to ensure that the services being offered are the services which are needed. This is one more reason for me to meet with the provinces.

We met several times last year, I was consulting them, and in the fall I intend to meet the provincial ministers concerned in order to work together and make sure that the people who are entitled to services are aware of these services, have access to them and also to make sure that these services are delivered at the lowest possible cost.

Maybe Richard or Peter would have something to add on the technical aspects?

M. Peter Glynn (sous-ministre adjoint, direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Une courte observation: j'ai eu l'occasion de discuter avec le comité il y a quelques semaines. Docteur Halliday, l'important, c'est de ne pas dépenser de l'argent à mauvais escient. Votre comité a beaucoup entendu parlé des soins de santé justifiés et de ceux qui ne le sont pas.

Je suis convaincu qu'avant de commencer à discuter d'une nouvelle répartition des fonds, de possibilité de refus de service, etc., nous allons faire très attention à la façon dont nous dépensons notre argent. Il vaut mieux s'en occuper dès maintenant et ne pas avoir plus tard à refuser les services. Ce refus ne se justifie absolument pas par des considérations d'âge.

Mme Vézina: Quand nous parlons d'association, c'est un bon exemple. Les personnes âgées peuvent participer à ce genre d'exercice. Et les professionnels de la santé peuvent y participer, de même que les gouvernements provinciaux et fédéral. Ce n'est pas une idée nouvelle, mais il faut la mettre en application.

M. Halliday: Dans le cadre du Programme de contribution à la promotion de la santé, et également dans le cadre du PNRDS, certains fonds sont réservés à l'étude des soins de santé destinés aux personnes âgées. J'aimerais beaucoup que la ministre ou ses collègues nous mettent au courant de ce qui se fait actuellement dans ce domaine, recherche et autres projets destinés aux personnes âgées d'autant plus que, si mes informations sont exactes, le budget de 1989-1990 ne prévoit le financement d'aucun projet qui porte spécifiquement sur les soins destinés aux personnes âgées. A-t-on l'intention de corriger cette situation ou de la modifier pour l'année financière en cours?

Étant médecin de famille, je sais que la situation est inquiétante et que les personnes âgées ont de plus en plus besoin de soins de santé pour la simple raison que leur nombre augmente et qu'il va continuer à augmenter. Je me demande donc quelles mesures le gouvernement prend actuellement pour faire face à cette situation, en particulier dans le cadre du Programme de contribution à la promotion de la santé et du PNRDS.

[Texte]

Dr. Glynn: Dr. Halliday, I guess the most evident part is the Seniors' Independence Program, and one of the most important things going on there is a multi-centred trial on the incidence of Alzheimer's disease and other dementia so we can get a good fix on how important that issue is.

As well under the Seniors' Independence Program, we have been supporting a number of activities of organizations that touch on health care delivery. We have been supporting the Canadian Medical Association for conferences and work they have been doing on their committee on the health care of the elderly; and as well through NHRDP, although I do not have the details here, over the past number of years there have been a large number of research projects touching on issues of seniors and the organization and delivery of those services. So there is a lot going on. The Seniors' Independence Program has been funding a number of health organizations on these particular issues. We can certainly provide details to the committee if you would like that.

Mr. Halliday: Is there any funding going on in this current year for the health of seniors through the Health Promotion Grants and Contributions Program? That apparently was stopped last year.

Dr. Glynn: I think it is more a nomenclature issue. Under the health promotion area we stopped new projects because the Seniors' Independence Program had been started. It has a larger amount of money and has as a priority the same kinds of projects that could be funded under the health promotion area. So it is more a change in nomenclature rather than seniors not being a priority. Indeed, they are a much higher priority under that program than under the Health Promotion Program.

Ms Guarnieri (Mississauga East): First of all, Madam Minister,

j'aimerais vous souhaiter la bienvenue.

I have one question that pertains to RRSPs and whether or not the government has any plans—

Mrs. Vézina: I have some problem with anglophones saying—

Ms Guarnieri: Registered retirement savings plans. The reason I bring it up is that recently a constituent, who is retired and who supports his wife, because of a crisis in his life had to cash \$4,000. Subsequently he was penalized under the Guaranteed Income Supplement plan for \$2,400. It seems in this case the RRSP serves as a tax shelter for the wealthy and does very little to assist the individual in distress, especially the retired individual. I am wondering whether you can comment on this particular case in general, or if you can tell me whether the government has any plans to revise the RRSP to make it more equitable for an individual on a fixed-income pension.

[Traduction]

M. Glynn: Docteur Halliday, l'élément qui ressort le plus, c'est le Programme d'aide à l'autonomie des aînés et une des activités les plus importantes de ce programme est une étude effectuée dans plusieurs centres sur l'incidence de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence, une entreprise qui devrait nous donner une idée de la gravité de ce problème.

Toujours dans le cadre du Programme d'aide à l'autonomie des aînés, nous finançons les activités de certains organismes dans le domaine des soins de santé. Nous avons financé les conférences organisées par l'Association médicale canadienne ainsi que les travaux d'un de leurs comités sur les soins de santé destinés aux personnes âgées. Également, dans le cadre du PNRDS, mais je n'ai pas les détails sous la main, nous avons mené à bien depuis plusieurs années un grand nombre de projets de recherche consacrés aux personnes âgées ainsi qu'à l'organisation et à la prestation de ces services. Les activités sont donc nombreuses. Le programme d'aide à l'autonomie des personnes âgées finance également un certain nombre d'organismes de santé qui étudient ces questions. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous fournir des détails à ce sujet.

M. Halliday: Est-ce que des programmes de santé destinés aux personnes âgées sont financés par le Programme de contribution à la promotion de la santé; je parle de l'année en cours? Apparemment, cela a été interrompu l'année dernière.

M. Glynn: En fait, c'est une question de nomenclature. Dans le cadre de la promotion de la santé, nous avons interrompu de nouveaux projets lorsque le Programme d'aide à l'autonomie des aînés est entré en vigueur. Ce programme dispose d'un financement plus considérable et il accorde la priorité aux mêmes types de projets qui étaient financés jadis au titre de la promotion de la santé. Autrement dit, ce n'est pas qu'on n'accorde pas la priorité aux personnes âgées, c'est plutôt un changement de terminologie. En fait, ce nouveau programme leur accorde une plus haute priorité que le Programme de promotion de la santé.

Mme Guarnieri (Mississauga-Est): Pour commencer, madame la ministre,

I would like to welcome you.

J'ai une question à vous poser au sujet des REER. J'aimerais savoir si le gouvernement a l'intention. . .

Mme Vézina: Cela me pose un problème car lorsque les anglophones disent. . .

Mme Guarnieri: Régimes enregistrés d'épargne retraite. Si je soulève cette question c'est qu'un des mes électeurs qui est à la retraite et qui subvient aux besoins de sa femme a été forcé récemment de retirer 4,000\$ de son régime pour faire face à un imprévu. À cause de cela, le supplément du revenu garanti l'a pénalisé de 2,400\$. Il me semble que dans un cas comme celui-ci le REER sert d'abri fiscal aux gens riches et ne fait pas grand-chose pour les gens qui sont en difficulté, en particulier ceux qui sont à la retraite. Pouvez-vous commenter ce cas d'une façon générale ou me dire si le gouvernement a l'intention de réviser le REER pour que ce régime soit plus juste envers les gens qui ont des pensions non indexées?

[Text]

Mrs. Vézina: As you said, it is a very specific case. Maybe we can comment or not. We can send you a special letter. But for now we can give you a more general answer.

Mr. Nault (Kenora—Rainy River): It happened in my riding, too.

• 1650

Mr. Dicerni: I think it is something that flows from the income tax and the responsibilities of the Minister of Finance. But given the preoccupation we have with seniors, generally speaking, if you do not mind we could take it as notice and try to get back to you in writing as quickly as possible. It is somewhat, I will confess, beyond my scope of knowledge.

Ms Guarnieri: Yes, it seems a very great inequity, and I am sure you would agree this individual, as other individuals, is being burdened in this fashion. It is an inequity we should be able to rectify.

Ms Greene: There is a savings limit before you are entitled to GIS.

Mr. Nault: Yes, \$14,000.

Ms Guarnieri: This individual has no money.

Ms Greene: But he has RRSPs. Those are savings.

Mrs. Clancy: You are allowed to have \$14,000 in savings and still get the... Yes, you are. I know it is rotten, Barbara, but—

Ms Guarnieri: I think you will agree that even \$14,000 does not carry a retired individual very far today, especially when they live on a fixed income. The stories about eating cat food and so on are very real. I have had a number of cases come into my constituency. These are not fiction and they are not people trying to fleece the system. Especially in Metro Toronto, where rents are exorbitant, it is very hard for the retired individual living on a fixed income.

Mrs. Vézina: Thank you for your question. I have asked for a special briefing to have an economic perspective on all these very technical issues. It is so difficult to know everything about it. I will ask to have your case as an example, an illustration, and to know exactly what happened. Thank you very much for your question.

Mme Guarnieri: J'ai une deuxième question. Vous avez déclaré dans votre texte, à la page neuf, que vous étiez guidée dans votre révision du programme d'autonomie des aînés par deux éléments: les besoins les plus pressants et la perspective que d'ici l'an 2021, le nombre de personnes de 65 ans et plus aura doublé.

Pouvez-vous nous donner une idée de la conclusion à laquelle votre recherche vous a amenée et peut-être pourriez-vous être un peu plus précise sur ce que vous avez appris de vos études?

Mme Vézina: On pourrait parler du court terme et du long terme. Il fallait faire une consultation pour connaître les besoins, évaluer les programmes et essayer d'organiser une stratégie pour le futur. Je me dis qu'il y a urgence, à très

[Translation]

Mme Vézina: Comme vous l'avez dit, c'est un cas très particulier et je ne sais pas si je peux le commenter. Nous pourrions vous envoyer une lettre, mais pour l'instant, je peux peut-être vous donner une réponse d'ordre plus général.

M. Nault (Kenora—Rainy River): Cela s'est produit dans ma circonscription également.

M. Dicerni: C'est une situation qui intéresse l'impôt sur le revenu et qui relève du ministre des Finances. Mais comme la situation des personnes âgées nous intéresse particulièrement, si vous le voulez bien, nous allons en prendre note et nous vous répondrons par écrit le plus vite possible. En effet, j'avoue que je ne sais vraiment pas.

Mme Guarnieri: Effectivement, cela semble très injuste et vous devez reconnaître qu'on impose à cette personne, et à d'autres, un fardeau excessif. C'est une inégalité qu'il faudrait bien supprimer.

Mme Greene: Pour avoir droit au SRG, vous devez avoir des économies inférieures à une certaine limite.

M. Nault: Effectivement, 14,000\$.

Mme Guarnieri: La personne dont je parle n'a pas du tout d'argent.

Mme Greene: Mais il a un REER, c'est considéré comme des économies.

Mme Clancy: Vous avez droit à 14,000\$ d'économies et vous pouvez tout de même toucher le... Effectivement. Je sais que c'est injuste, Barbara, mais...

Mme Guarnieri: Vous devez reconnaître que même avec 14,000\$, un retraité ne peut pas aller très loin aujourd'hui, surtout si son revenu n'est pas indexé. Les gens qui mangent de la nourriture pour chats, on ne les a pas inventés. J'en ai vu des exemples dans ma circonscription; ce n'est pas de la fiction, et ce ne sont certainement pas des gens qui essaient d'abuser du système. En particulier à Toronto où les loyers sont exorbitants, les retraités qui ont un revenu fixe ont beaucoup de mal à s'en sortir.

Mme Vézina: Merci pour cette question. J'ai demandé à ce qu'on m'informe des aspects économiques de cette question qui est assez technique. Il est difficile de tout savoir mais je demanderai qu'on prenne votre exemple comme illustration et qu'on m'explique exactement ce qui s'est produit. Merci beaucoup pour votre question.

Mrs. Guarnieri: I have another question. On page 9 of your presentation, you said that you were guided by two principles when revising the Seniors' Independence Program: the most pressing needs and the fact that by year 2021, the number of people over 65 years of age will have more than doubled.

Could you give us an idea of what your conclusions were and, maybe, tell us a little more precisely what you have learned?

Mrs. Vézina: You have to take into account the short term as well as the long term. We had to have consultations in order to see what the needs were, in order to evaluate the programs and adopt a strategy for the future. I am convinced

[Texte]

court terme, de trouver des solutions. Et l'urgence, dans mon esprit, se situe au niveau de l'accès à l'information, au niveau de la situation des femmes et la pauvreté. Nous devons donc, à court terme, trouver une solution.

Et nous devons être prêts pour l'an 2020, parce qu'alors, nous serons un Canadien sur cinq âgé de 65 ans et plus. Nous serons, vous et moi, des Canadiens différents lorsque nous aurons 65 ans, parce que nous serons informés, nous aurons eu accès à toutes sortes de responsabilités. Mais nous devons déjà, comme gouvernement, concevoir une stratégie pour les personnes âgées de l'an 2020.

À court terme, je veux essayer de trouver le plus rapidement possible au sein du gouvernement les moyens, les possibilités d'améliorer nos programmes sociaux. Pour le long terme, je pense que la responsabilité revient à la collectivité. Il faudra que les constructeurs de voitures, les récréologues, les gouvernements municipaux pensent et préparent déjà l'an 2020 pour que les personnes âgées qui seront une personne sur cinq aient droit aux services qui seront différents.

Par conséquent, à très court terme, le statut économique des personnes âgées me préoccupe beaucoup. Les regroupements sociaux ont rendu service à la société canadienne depuis les 15 ou 20 dernières années. Nous sommes à un virage économique et c'est pourquoi votre première question est si importante, parce que chaque personne veut maintenant connaître la réponse économique de sa situation. Il faut absolument que l'on brise l'isolement, que les gens aient accès à l'information, et que les personnes âgées le fassent sans aucune gêne.

C'est en gros ce que je souhaite faire, et en faisant l'évaluation du programme d'autonomie des aînés qui vise à mettre en place des programmes pour les personnes âgées, nous pourrions essayer de voir les nouveaux critères pour le programme *Nouveaux horizons*, les programmes faits dans une perspective globale, pour que la personne âgée puisse avoir accès à un service d'information qui lui donne les réponses. À court terme, voilà ce que je veux faire.

• 1655

Ms Greene: I am concerned about the plight of immigrant seniors, who are often a source of unpaid work in the home and, I think, provide a tremendous community service in that the families they are providing a service to are then able to escape the poverty line by having the mother go out to work. These people provide child care, cooking, housework, and they have no money until they are here for 10 years, at which point they are entitled to old age security. They experience tremendous isolation.

I have a program in my riding that services the whole north Metropolitan Toronto area and region. It services Indian seniors who have moved from 120 to 400 in 2 years, and they are taking people from Ajax, from very far distances. Currently their only funding is a New Horizons grant, and they also get free space from the municipality. There is a Parks and Recreation worker who works with them.

[Traduction]

that it is urgent to find solutions in the short term. And to my mind, the most urgent areas are access to information, the condition of women and poverty. So we must find a solution for the short term.

And then we also must get ready for the year 2020, because by then one Canadian out of five will be 65 or more. When you and I reach 65, we will be different people because we will be better informed, because we will have had all sorts of responsibilities. But as a government, it is incumbent upon us to start working immediately on a strategy for the senior citizens of the year 2020.

In the short term, as soon as possible I want to find within the government the means and the resources that will allow us to improve our social programs. In the long term, I believe that the responsibility reverts back to the community. Automobile manufacturers, recreologists, municipal governments, they all have to start preparing themselves for the year 2020, when one person out of every five will be entitled to certain services that are different from what they are today.

Therefore, in the short term I am very concerned by the economic status of senior citizens. Over the last 15 or 20 years, social organizations have been serving Canadian society. But we have reached an economic crossroads and this is why your first question is so important, because today everybody wants an economic answer to their own circumstances. We have to breach isolation, to give people better access to information, to let senior citizens reach out without any fear.

This is more or less what I want to do while evaluating the Seniors Independence Program. While doing so, we could try to find new criteria for the New Horizons program, try in general to give programs a broader perspective, in order to give senior citizens better access to information and especially to answers. This is what I intend to do in the short term.

Mme Greene: Les difficultés des immigrants âgés me préoccupent; souvent, ils travaillent chez des particuliers, sans être rétribués, et ils rendent un très grand service à la collectivité, puisque les familles qui les engagent peuvent dépasser le seuil de la pauvreté lorsque la mère peut quitter le foyer pour aller travailler. Ces personnes gardent leurs enfants, leur font la cuisine, le ménage, et ils leur faut attendre dix ans pour avoir droit à la sécurité de la vieillesse. Ces personnes se sentent tout à fait abandonnées.

Il existe dans ma circonscription un programme desservant tout le nord de l'agglomération torontoise et les environs; il vise des Indiens âgés dont le nombre est passé de 120 à 400 en deux ans; on choisit aussi des gens vivant à Ajax et dans d'autres localités très lointaines. Actuellement, leur seule subvention provient du programme Nouveaux Horizons; de plus, la municipalité les héberge gratuitement et un employé de Parcs et Loisirs travaille avec eux.

[Text]

I am very concerned that your New Horizons cuts are going to hit this kind of program. I am wondering whether there is going to be an identification, particularly of needy groups, because I can see in this particular one that these are people with almost no money, except what they beg from their families, which can be quite humiliating. They are disadvantaged. Often they do not speak English. In this particular program there are 50 seniors learning English, but they are not entitled to English when they immigrate unless it is job oriented. So they do not have that kind of ability to learn English, which makes communication and transportation extremely difficult for them.

Then there are such simple things as the GST credit. Of the group I spoke to, I would say less than 10% were aware they could get that. Are you trying to make sure these groups find out about the GST credit? Are you ensuring that the ethnic press are informed, as well as the press that is directed towards seniors specifically? Will the New Horizons Program identify especially needy groups and focus in on them?

Mrs. Vézina: That is a very interesting question.

Est-ce que nous avons un programme spécial pour les immigrants? Je pense que nos programmes s'adressent en général à la clientèle. Dans le cadre de nos programmes on doit sûrement avoir une attention particulière pour ces gens.

Mr. Dicerni: As you may have heard, we are going to be reviewing the New Horizons Program and consulting with certain groups, and the types of comments you are making today are very beneficial in terms of identifying particular needs of the seniors' constituency. We will make a point of perhaps pursuing that particular area to identify those needs, because that is indeed the purpose of this review, which is to identify and articulate more clearly priority areas in terms of the seniors' constituency. Based on what you have said, we can also touch base with colleagues over at the Minister of State for Multiculturalism and Citizenship to see if we can draw on their linkages and their knowledge of the ethnic constituency.

Mme Vézina: Je veux rajouter quand même que nos programmes *Nouveaux horizons* sont maintenus. Nous faisons une évaluation des critères et votre commentaire nous permet de vérifier la nécessité de réévaluer les critères selon des besoins tout à fait nouveaux. On a la preuve, avec votre question, que la situation a évolué au niveau des personnes âgées et qu'il est nécessaire de penser à des critères mieux adaptés aux besoins nouveaux.

Si l'on arrive à pouvoir penser et combiner par le biais des deux programmes, le *Programme d'autonomie des aînés* et *Nouveaux horizons*, l'aspect social, culturel et économique avec et par les personnes âgées, je pense que nous sommes voués au succès. Il faut aussi rappeler qu'il y a ces guides qui sont toujours à la disposition de toutes les personnes, immigrantes ou pas, et qui donnent le détail de tous les services qui sont offerts par le gouvernement. Nous les distribuons d'une façon très générale, mais c'est un bon instrument.

[Translation]

Je crains fort que les coupures qui seront apportées à votre programme Nouveaux Horizons ne compromettent le succès de ce genre d'initiatives. J'aimerais savoir si l'on va essayer de déterminer quels sont les groupes qu'il faut aider, car dans celui dont nous parlons, les gens n'ont pratiquement pas d'argent, sauf celui qu'ils quémandent à leur famille, ce qui peut être très humiliant. Ils sont désavantagés. Souvent, ils ne parlent pas anglais. Dans le programme dont je vous parle, 50 immigrants âgés sont en train d'apprendre cette langue, mais en tant qu'immigrants, ils n'ont droit à des cours d'anglais que s'ils débouchent sur un emploi. Ils ne sont donc pas tellement en mesure d'apprendre l'anglais, ce qui leur pose d'énormes difficultés en ce qui concerne la communication et les transports.

Il y a par ailleurs des choses très simples, comme le crédit au titre de la TPS. Parmi les gens du groupe auquel j'ai parlé, je dirais que moins de 10 p. 100 savaient qu'ils pouvaient en bénéficier. Veuillez-vous à ce que ces groupes soient au courant de l'existence de ces crédits? Faites-vous le nécessaire pour informer la presse ethnique et celle qui s'adresse directement aux personnes âgées? Le programme Nouveaux Horizons permettra-t-il d'identifier les groupes les plus défavorisés, afin de les aider?

Mme Vézina: C'est une question fort intéressante.

Do we have a special program for immigrants? I think our programs are aimed at helping all our clients, so that we must be able to focus in on these people.

M. Dicerni: Vous savez peut-être que nous allons revoir le programme Nouveaux Horizons et mener des consultations avec certains groupes; les observations que vous faites aujourd'hui sont donc extrêmement utiles pour mettre en lumière les besoins propres aux personnes âgées. Il nous faudra définir ces besoins, étant donné que nous revoyons ce programme afin de mieux préciser quelles sont les questions prioritaires qui se posent pour ce groupe de citoyens. Comme vous l'avez dit, nous pouvons communiquer aussi avec nos collègues du ministère d'État au Multiculturalisme et à la Citoyenneté pour voir s'ils peuvent nous faire bénéficier de leur expérience et de leurs connaissances des groupes ethniques.

Mrs. Vézina: Let me add however that we are keeping our New Horizons programs. We are assessing the criteria, and your comments show how important it is to reassess them according to quite new needs. As your question illustrates, we know quite well that the situation of seniors has changed so that it is necessary to find criteria that are better suited to new needs.

I think we will reach our goal if we manage to combine the social, cultural and economic questions with and for seniors, through the Seniors' Independence Program and New Horizons. I would like to remind you also that there are brochures which are always available to everybody, immigrant or not, and which list all the services offered by the government. They are very widely distributed, and they are a very good tool.

[Texte]

[Traduction]

• 1700

Ms Greene: The other area is the mandatory retirement issue, which I understand is still before the courts. Have you taken a position on that? Are you doing anything to advocate in that area? I am still getting people coming into my office who are concerned about that issue because they cannot afford to live in Toronto on a low wage unless they are in public housing, very frequently, as you pointed out, the problem of women who are poor and who are older.

I have run into about three cases where long-time employees have been separated at around 55 or 60 years old and nobody will hire them. This is because the company then moves to using temporary workers and so on who are less expensive and these people are left fighting discrimination in the workplace. Then you have other people who cannot stay on, and because their retirement pensions are so low the mandatory retirement issue becomes very critical.

Mme Vézina: Comme vous le savez, avec le cas Tétrault-Gadoury nous avons reconnu la nécessité de faire disparaître la discrimination fondée sur l'âge et la réforme s'insère à l'intérieur de notre réforme de l'assurance-chômage, j'ai nommé le projet de loi C-21. Nous avons donc pensé, à l'intérieur de l'affectation des fonds, pouvoir utiliser les sommes nécessaires à la reconnaissance du travailleur de 65 ans et plus qui veut continuer à travailler.

Plus le projet de loi C-21 sera adopté rapidement, plus vite nous pourrions mettre en application cet amendement de la Loi sur l'assurance-chômage puisqu'on sait que cette loi demandait au travailleur de 65 ans de laisser son emploi. Avec notre nouveau projet de loi C-21, nous acceptons que le travailleur continue de contribuer et continue de travailler. Sans faire de partisanerie, je souhaite que le projet de loi C-21 soit adopté le plus rapidement possible, ce qui nous permettra justement d'accepter ces femmes et ces hommes qui veulent continuer de travailler.

Mr. Nault: Madam Minister, welcome. I would start by talking a little bit about the New Horizons Program. I had the opportunity to ask the other minister in the House the other day what was exactly happening to the New Horizons Program, because on one hand we are being told there are no cuts, and on the other hand, as I suggested to the minister in the House, my riding in particular had been cut 32%, which means there is a cut somewhere. If it is not in the estimates that there is a cut, and it is not, there has definitely been, and it has been admitted to by the government that there is roughly \$4 million put aside as the review goes on. Therefore, to me, that means the funds that were allocated in previous years to areas like my own were reallocated somewhere else. First, that is the assumption one has to make.

What is the necessity to have a review and at the same time to put aside roughly \$4 million while that process is going on? We who have a large seniors population—and I have probably one of the largest of any; my riding has roughly 20% seniors—use your program to its fullest. I also have 80 communities in my riding and each one has a senior citizens centre and they are very active and involved. Therefore, they do apply for these grants. I think everyone here should be aware that these grants are usually given to the seniors a year in advance.

Mme Greene: Il y a aussi la question de la retraite obligatoire sur laquelle les tribunaux ne se sont pas encore prononcés. Quelle est votre position là-dessus? Quelles sont les initiatives que vous avez prises? Cette question préoccupe certains de mes électeurs qui ne peuvent pas se permettre de vivre à Toronto sans un revenu suffisant à moins d'habiter dans des logements subventionnés. Comme vous l'avez dit, la pauvreté se rencontre souvent chez les femmes plus âgées.

On a porté à mon attention le cas de deux ou trois employés licenciés de 55 à 60 ans, comptant de nombreuses années de service, qui n'arrivent pas à se trouver du travail. Leur employeur les a remplacés par des intérimaires moins bien rémunérés et ils font maintenant l'objet de discrimination en raison de leur âge. Il y a aussi le cas de ceux qui ont l'âge voulu pour prendre leur retraite, mais qui ne peuvent pas se permettre de le faire.

Mrs. Vézina: As you know, following the Tétrault-Gadoury case, we acknowledged the necessity of eliminating discrimination based on age. We are doing it through our reform of the unemployment insurance system under Bill C-21. We want to use some of the funds which will be freed up to help those who want to continue to work after 65 to do so.

The sooner Bill C-21 is passed, the sooner this amendment to the Unemployment Insurance Act can be enforced since mandatory retirement is required under that law. Bill C-21 changes all this. I do not want to sound partisan, but I hope Bill C-21 is passed as soon as possible so we can help those men and women who wish to continue working after retirement age.

M. Nault: Je vous souhaite la bienvenue, madame la ministre. J'aimerais d'abord vous parler du programme Nouveaux Horizons. À la Chambre, j'ai demandé dernièrement à votre collègue ce qu'il advenait de ce programme dont le budget, paraît-il, n'a pas été réduit alors que dans ma circonscription, en particulier, les crédits qui y sont alloués ont été réduits de 32 p. 100. Même si le budget ne fait pas état de compressions, le gouvernement a admis que 4 millions de dollars avait été mis de côté jusqu'à ce que le programme soit revu. J'en déduis donc qu'il y a eu redistribution des fonds. Je ne vois pas ce que je peux conclure d'autre.

Pourquoi mettre de côté 4 millions de dollars pendant qu'on évalue le programme? Les circonscriptions qui, comme la mienne, comptent beaucoup de personnes âgées—la proportion est de 20 p. 100 dans ma circonscription—profitent du programme au maximum. Les 80 localités de ma circonscription comptent toutes un centre pour aînés très actifs. Chaque centre soumet une demande de subvention. Il ne faudrait pas oublier que ces subventions sont d'ordinaire versées un an à l'avance.

[Text]

By the time the money comes forward, it is a year later, so they know it is coming. Therefore, you could always say that they approve it and somewhere down the line, six or eight months or a year, they get their grant. The seniors are aware that it is coming and they make the necessary arrangements for that depending on the project they are involved in.

That is basically my concern. We felt that your program was working because we used it so well in northern Ontario, and we were wondering whether the review is necessary. If it is, why are there being cuts or hold-backs now when there are applications on the books showing the need for that program?

Mme Vézina: Je suis très contente d'apprendre que les programmes sont très populaires en Ontario aussi, comme les *Nouveaux Horizons*, puisqu'ils le sont beaucoup au niveau du Québec.

Je dois d'abord vous dire—et je le répète—que pour notre gouvernement les aînés demeurent notre priorité. Le programme *Nouveaux Horizons* pour le budget 1989-1990 dispose de 15 millions de dollars; pour 1990-1991 nous avons 15 millions de dollars aussi, et il n'y a donc pas de coupures. Le programme est maintenu, les projets qui sont présentés sont évalués et analysés, puis acceptés.

• 1705

Nous faisons l'évaluation des critères du Programme *Nouveaux Horizons* parce qu'il est nécessaire de réévaluer le Programme.

Vous savez, avant 1984 je faisais de l'animation sociale. J'ai fait beaucoup de consultation et il me semble qu'il est tout à fait digne et respectueux des personnes que nous consultons que de prévoir des sommes nécessaires pour de nouvelles initiatives à l'intérieur d'une même année fiscale.

Voilà pourquoi les 4 millions de dollars, en effet, ont été retenus. À la suite de la consultation qui sera faite, si toutefois nous avons une nouvelle initiative, nous pourrions y répondre. Parce que nous mettons en place notre programme régulier, nous analysons nos projets, nous faisons en parallèle l'évaluation des critères.

En cours d'année, si nous avons des initiatives nouvelles à mettre en place, j'aimerais pouvoir, à l'intérieur de la même année fiscale, répondre à ces suggestions qui nous seront apportées par les personnes âgées, puisque la consultation se fera avec les personnes âgées, les utilisateurs et les bénéficiaires du programme.

Voilà donc le sort de ces 4 millions de dollars. Cet argent est en effet retenu pour pouvoir respecter la consultation que nous faisons auprès des personnes âgées en prévision d'amélioration du programme *Nouveaux Horizons*.

Mr. Nault: Would it be justifiable for me to make the comment that the reason there has been a fairly significant cut in a riding like mine is because that \$4 million has been taken out of activity? It is no longer being used. Therefore, those applications that were to be approved for this year had to be held back.

The fact remains, and I say this quite bluntly, that there has been a gag put on your people down in the lower ends of the bureaucracy, because when I made phone calls to find out what was going on, they told me to please call Ottawa

[Translation]

L'argent met cependant un an à leur parvenir. La subvention est donc approuvée, mais l'argent n'est versé que 6, 8 ou 12 mois plus tard. Comme les aînés comptent sur cette somme, ils planifient leurs activités en conséquence.

Étant donné le succès du programme dans le nord de l'Ontario, je me demande si cet examen est vraiment nécessaire. Si c'est le cas, pourquoi supprimer ou retenir une certaine partie des fonds étant donné que le nombre de demandes présentées témoigne de l'utilité du programme?

Mrs. Vézina: I am very pleased to hear that the *New Horizons* Program is as popular in Ontario as in Quebec.

I repeat that our government considers senior citizen issues a priority. In 1989-1990, \$15 million were allocated to the *New Horizons* Program. The same sum has been set aside for 1990-1991, therefore no cuts have been made. The program still exists and the applications which are submitted are studied and then approved.

We are reassessing the criteria for *New Horizons** since the program has to be reviewed.

You know, before 1984 I was involved in social work. I did a lot of consulting and it seems to be the least we can do when we consult someone to have the necessary monies earmarked for new initiatives during the same fiscal year.

That is why we have earmarked \$4 million. Therefore if the consultation gives rise to a new initiative, we shall be able to follow suit. Because we are setting up our regular program, we are analyzing our projects and also reviewing the criteria.

During the year, I would like to be able to launch some new initiatives within the same fiscal year and follow through on the suggestions made to us by senior citizens, since they are the ones we are consulting, the users and the beneficiaries of the program.

This is what has been planned for this \$4 million. We have earmarked these funds for the consultation of the seniors with a view to improving the *New Horizons* Program.

M. Nault: Est-ce que j'ai raison de dire que c'est à cause de cette coupure de 4 millions de dollars qu'une circonscription comme la mienne mieu voit son budget réduit considérablement? Cet argent en effet n'est pas utilisé et on devra donc attendre pour donner suite aux demandes qui devaient être approuvées cette année.

Le fait est, et je ne me cache pas pour le dire, qu'on a bâillonné les bas échelons de la bureaucratie, parce que quand j'ai téléphoné pour savoir ce qui se passait, ceux à qui j'ai parlé m'ont dit qu'ils n'avaient pas le droit de me

[Texte]

because they were not allowed to tell me. I said that was fine, and when I did call the department here, those were the numbers I was given. The fact is that there has been a cut. I am simply asking the question. If there has been a cut, fine; I can accept that. We are all in the same ball field here, and we know what the game is. If there has not been a cut, then it had to be reallocated or pulled, because you intend to use the \$4 million for another initiative that possibly will come out of this review you are doing.

I ask that question because to this date I have never had an answer to my question. I know that is a difficult thing in this business, but we would like to know if these applications are going to be approved this year. I think the seniors at the riding level and the communities should be made aware of it.

I will give you one example. There is an application for a seniors summer games, which you have funded in the past in different communities. The plans are all made. Now I am being told there is a chance that will not be funded. That happens to be in the month of July. It is very unfair for those seniors to go through all that work and activity and then find that they are not sure whether they are going to get their funding or not. That is what the question was and still remains.

I think the seniors should be made aware of what they are going to get. Either they are or they are not, so they can make alternative plans, if it is possible, or cancel before it is too late. As you well know, seniors cannot afford to pay for their own accommodations in a big way at these events. In ridings as large as mine, and possibly Abitibi is a good example of how large my riding is, it is a long way to go to an event like that. We are talking about hundreds of miles. So if they are not going to go and the money is not going to be there, we would like to know. I still do not have an answer to that question, and it is two weeks now that I have been trying to find out if it has been cut or not.

Mrs. Vézina: I will have an answer, and then I will ask Mr. Dicerni to add something.

Ce que vous pouvez répondre à vos personnes âgées c'est que le programme *Nouveaux Horizons* est toujours à leur disposition avec les mêmes critères pour l'année en cours; que les budgets sont les mêmes que ceux qui ont été votés l'an passé, 15 millions de dollars donc. Nous respectons les programmes, nous les évaluons, nous les analysons.

• 1710

Ce que nous faisons en plus, c'est une évaluation des critères, et j'insiste sur la nécessité de donner l'information dès que l'étude des critères sera terminée, puisque nous l'avons fait aussi pour le Programme d'autonomie des aînés. Nous informerons les personnes âgées des nouveaux critères. Mais au stade actuel, les groupes de personnes âgées peuvent continuer à présenter leurs programmes, qui seront évalués et acceptés.

La difficulté que nous avons c'est que nos programmes sont trop bons. Ils sont de plus en plus connus. Les besoins sont plus grands puisque le nombre de personnes âgées augmente et il peut arriver que nous n'ayions pas

[Traduction]

répondre et m'ont conseillé de téléphoner à Ottawa. J'ai donc téléphoné au ministère à Ottawa et ce sont les chiffres qui m'ont été donnés. Le fait est qu'il y a eu une coupure de fonds. J'ai simplement posé la question et s'il y a eu une coupure, très bien, je l'accepte. Nous jouons le même jeu et nous connaissons tous les règles du jeu. S'il n'y a pas eu de coupure, cela veut dire que les fonds ont été affectés à autre chose et que les 4 millions de dollars serviront à financer une autre initiative qui verra peut-être le jour à la suite de l'évaluation que vous faites en ce moment.

Si je vous pose la question, c'est parce que je n'ai pas encore eu de réponse. Ce que je demande n'est pas facile, je le sais, mais nous aimerions savoir si ces demandes vont être approuvées cette année. Je pense que les personnes âgées dans les circonscriptions et les collectivités devraient être au courant.

Je vous donne un exemple. Une demande a été présentée en vue d'organiser un championnat national senior d'été, que vous avez déjà financé par le passé dans différentes collectivités. Les plans ont déjà été préparés. Or, on me dit qu'il se peut que ce championnat, qui est censé se tenir au mois de juillet, ne sera peut-être pas financé. Ce n'est pas bien de laisser ces personnes âgées faire tout ce travail de préparation pour se faire dire ensuite qu'on ne les financera peut-être pas. Voilà où en sont les choses.

Je pense qu'on devrait dire à ces personnes âgées si elles seront financées ou pas, auquel cas elles auront la possibilité de faire autre chose ou d'annuler l'événement avant qu'il ne soit trop tard. Vous savez très bien que les personnes âgées ne peuvent pas se permettre un logement de luxe en de telles occasions. Dans des circonscriptions aussi grosses que la mienne, que vous pourriez comparer probablement à l'Abitibi, les gens doivent parcourir des centaines de milles pour se rendre à un événement de ce genre. Si on refuse de les financer et que l'événement n'aura pas lieu, on aimerait bien le savoir. On n'a toujours pas répondu à ma question, et cela fait deux semaines que j'essaie de savoir si cet événement va être financé ou pas.

Mme Vézina: Je vais vous répondre et je demanderai ensuite à M. Dicerni de compléter ma réponse.

What you can tell your seniors is that the *New Horizons* Program is still available for the current year with the same criteria; that the budgets are the same as last year, that is \$15 million. Those programs are being maintained, analyzed and reviewed.

Further, we are assessing our criteria. We have already done this with respect to the Seniors' Independence Program; and I would like to stress how important it is that we get information out once our criteria study is completed. We will inform senior citizens of the new criteria. But at the present time, senior citizens' groups can continue to submit their programs for assessment and approval.

The problem is that our programs are too good. People are more and more aware of them. The need for these programs is increasing because the number of old people is increasing and it may happen that we do not have enough

[Text]

suffisamment d'argent. Mais je vous le répète, les mêmes fonds sont alloués cette année. Il n'y a donc pas eu de réduction de fonds. Mais les besoins sont plus grands, les personnes sont plus actives et connaissent mieux les programmes qu'il y a 10, 15 ou 20 ans. Nous sommes victimes de notre efficacité.

Mme Nicole Roy-Arcelin (députée de Ahuntsic): Madame la ministre, nous sommes très fiers de vous voir ici aujourd'hui. Je pense que vous accomplissez un excellent travail.

J'étais contente tout à l'heure quand on a soulevé la question des communautés culturelles, des immigrants. Parce que bien sûr, surtout dans les minorités visibles, plusieurs de ces femmes vivent des drames sociaux, familiaux et de plus en plus des problèmes raciaux parce qu'elles appartiennent à des mœurs et des traditions bien différentes. Je pense que notre société d'accueil aurait bien intérêt à apprendre un petit peu les façons de les approcher et essayer d'arriver à une certaine harmonie.

Cela étant dit, ma question a surtout trait à la violence qui est faite aux personnes âgées. Bien sûr, je pense à certaines institutions; je sais en tout cas qu'il y a des enquêtes qui révèlent—c'est effrayant—les mauvais traitements infligés parfois aux personnes âgées.

Cela relève aussi, je pense, du gouvernement provincial. Est-ce que le gouvernement fédéral ne pourrait pas, par exemple, encourager les gouvernements provinciaux à améliorer les conditions de ces établissements, en les conseillant de faire de la formation du personnel et en les encourageant à mieux connaître les désirs des personnes âgées?

Bien sûr, on ne peut pas créer un milieu familial dans une institution, mais peut-être pourrait-on rendre celle-ci un peu plus idéale. N'y aurait-il pas moyen d'avoir des liens avec ces gens?

Mme Vézina: Je vais répondre aux deux questions. En ce qui concerne la première, et qui a suscité chez moi une réponse lorsque l'on parle des minorités visibles, des immigrants, un des rôles qui me sont attribués en temps que ministre d'État au troisième âge, c'est de coordonner les activités gouvernementales avec mes collègues des autres ministères. Souvent je fais le parallèle de mes responsabilités avec le ministre d'État à la Jeunesse et le ministre responsable de la Situation de la femme.

Ce qui veut dire que pour la situation au niveau des immigrants et des minorités visibles, nous pourrions, conjointement avec le Secrétaire d'État, essayer de voir quels sont les programmes qui pourraient convenir aux personnes âgées dans ces secteurs donnés. Tout comme nous collaborons avec le ministre d'État à l'Habitation, ou avec le ministre responsable de la Situation de la femme.

Il est de ma responsabilité de faire circuler l'information et de continuer de faire la promotion des services et des besoins des personnes âgées. Vos questions me rappellent le besoin de souligner cette responsabilité que j'ai aussi d'être l'animatrice sociale et politique au sein du Cabinet.

Pour ce qui est de la deuxième question, la violence faite aux personnes âgées, là aussi, il s'agit d'un changement de mentalité et de comportement. On a beaucoup parlé de la violence qui est faite aux enfants, de la violence qui est faite aux femmes.

[Translation]

money. But I repeat, we are allocating the same amounts of money this year. So, there have been no cuts in funding. But needs are greater, people are more active and more aware of these programs than was the case ten, fifteen or twenty years ago. We have fallen victim to our own effectiveness.

Ms Nicole Roy-Arcelin (Ahuntsic): Madam Minister, we are very proud to have you here today. I think that you are doing an excellent job.

I was happy when the question of cultural communities and immigrants was raised earlier. There are women in these communities—particularly those belonging to visible minorities—who have to deal with serious social and family problems and, increasingly, with racial problems because of their communities' very different customs and traditions. I believe that we would do well to learn how to approach these people in order to achieve a degree of social harmony.

This said, my question has to do with violence against the elderly. I have certain institutions in mind; I know that there have been investigations that have revealed—and this is horrifying—that old people are sometimes abused.

This is also, I believe, a provincial responsibility. Could the federal government not encourage the provinces to improve the living conditions in these establishments by advising them to train their staff and by encouraging them to better understand what the elderly want?

Obviously, it is not possible to create a family atmosphere in an institution. But, things could be improved. Is there no way of working together with these people?

Ms Vézina: I am going to answer both questions. With respect to the first—and the issue was broached when we discussed immigrants and visible minorities—I would point out that one of my duties as Minister of State for Seniors is coordinating government initiatives with those of other departments. I often compare my responsibilities with those of the Minister of State for Youth and of the Minister responsible for the Status of Women.

What I am saying is that, as concerns immigrants and visible minorities, we might work with the Department of the Secretary of State to establish programs for seniors in these groups. We could work with the department in much the same way we work with the Minister of State for Housing or with the Minister responsible for the Status of Women.

I am responsible for disseminating information, for promoting services for seniors and for meeting their needs. I would also point out that one of my responsibilities is directing social and policy activities in Cabinet.

As for the second question which deals with violence against the elderly, we must, here again, bring about a change in the way people think and behave. There has been a great deal of discussion of violence against children and of violence against women.

[Texte]

Le gouvernement a pris les mesures nécessaires pour essayer, le plus possible en collaboration avec le secteur privé, avec les groupes populaires et avec les provinces, de trouver des solutions sur ce plan. On devra dorénavant ajouter la violence qui est faite aux personnes âgées à l'intérieur de nos programmes. Parce que la violence étant un rapport de forces, il faut absolument que l'on s'occupe aussi de mettre en place, à chaque fois, enfants, personnes âgées, femmes, pour pouvoir trouver les solutions qui s'imposent.

Nous avons déjà plusieurs programmes qui sont offerts pour les personnes âgées. Il y a des colloques qui se font; les membres du personnel du Secrétariat d'État y participent et moi aussi lorsque le temps s'y prête. Mais de plus en plus, on devra rappeler à la population canadienne que les personnes âgées sont aussi victimes de violence et trop souvent, hélas, ces personnes âgées n'osent pas en parler parce qu'elles ont peur de perdre les droits qu'elles ont déjà.

• 1715

Mme Roy-Arcelin: Merci beaucoup, madame la ministre.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Following the point on elderly abuse as indicated in this brochure, a survey was conducted last year. My question is: when shall we see the final report? A survey of abuse of the elderly in Canada based on a random sample of 2,000 households was conducted in 1989. My question is: when do we intend to see the final report?

Dr. Glynn: Mr. Chairman, I believe in the near future. The interim report is what we saw last summer. They have been tidying up the analysis of the data. I would say in the next few months. It is a survey that was being conducted by Ryerson under a contribution from us. In a sense the timetable for the collation of that survey is with the researchers at Ryerson rather than under our control.

Mr. Pagtakhan: Based on what you have seen of the data, could you indicate to the committee whether the magnitude of the problem has increased relative to the situation in the preceding year?

Dr. Glynn: I do not think the research was intended to show a time line. As far as I am aware, we did not have good data on what existed before. The intent of the survey was to establish the base. The results are that about 4% of seniors have suffered some sort of abuse or mistreatment in the recent past. There is a great difficulty with these kinds of surveys in getting accurate data and also indeed in the definition of abuse. The intent of the Ryerson survey is in a sense a first try at this. It is quite clear that more surveys and more data are going to have to be collected to get a better sense of the real issue in elderly abuse. There is not anything to compare it with.

Mr. Pagtakhan: You said the report would be out in about two months.

Dr. Glynn: I would say a few months, yes. We can get you an absolute answer to that later.

Mr. Pagtakhan: Thank you.

Mrs. Vézina: We can offer a briefing when we receive this report.

[Traduction]

The government has initiated the search for a solution and is, to the greatest extent possible, working with the private sector, community groups and the provinces in this endeavour. When setting up programs in the future, we must take violence against the elderly into consideration. Violence is a question of power; we must bear in mind the needs of children, the elderly and women if we are to find solutions to these problems.

We already provide several programs for seniors. There are various symposia and staff from the Department of the Secretary of State take part in them. So do I, when I have the time. But, we must do more to make sure that Canadians realize that the elderly are also the victims of violence and that all too often they do not dare talk about it for fear of losing the rights they now have.

Mrs. Roy-Arcelin: Thank you very much, madam Minister.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Cette brochure indique qu'une étude a été menée sur les mauvais traitements infligés aux aînés. Quand le rapport final paraîtra-t-il? L'échantillonnage aléatoire de 2,000 foyers remonte déjà à 1989. Quand le rapport final paraîtra-t-il donc?

M. Glynn: Monsieur le président, le rapport paraîtra sous peu. Un rapport provisoire est paru l'été dernier, et on a du ensuite vérifier certaines données. Le rapport final devrait donc paraître d'ici quelques mois. Nous avons confié cette étude à l'Institut Ryerson. Ce sont donc les chercheurs de cet Institut qui décideront du moment de la publication du rapport.

M. Pagtakhan: Compte tenu des renseignements qui vous ont été fournis, pouvez-vous nous dire si le problème s'est aggravé par rapport à l'an dernier?

M. Glynn: Je ne pense pas que le rapport visait à établir des comparaisons dans le temps. Sauf erreur, nous ne disposons pas de données concernant la situation antérieure. L'objectif de l'étude, c'est de broser un tableau de la situation actuelle. Il en ressort qu'environ 4 p. 100 des personnes âgées ont subi des mauvais traitements. Il est très difficile dans ce genre d'étude d'obtenir des données très précises et de définir très clairement ce qu'on entend par mauvais traitements. L'Institut Ryerson fait en quelque sorte oeuvre de pionnier. Il est évident qu'il faudra recueillir plus de données pour se faire une idée exacte du problème. Nous ne disposons cependant pas de données comparatives.

M. Pagtakhan: Le rapport devrait donc paraître d'ici environ deux mois.

M. Glynn: D'ici quelques mois. Je me renseignerai pour savoir quand il le sera exactement.

M. Pagtakhan: Je vous remercie.

Mme Vézina: Lorsque nous aurons reçu ce rapport, nous pourrions venir le présenter au comité.

[Text]

Mr. Pagtakhan: The second question also refers to the review you are now in the process of completing, the review of the evaluation of the government activities related to seniors, as you indicated in your presentation, particularly the Seniors' Independence Program. Again my question is: when shall we see the result of this review tabled in the House of Commons?

Mrs. Vézina: I do not know when it will be tabled in the House of Commons, but I intend to discuss with Minister Perrin Beatty what the recommendation will be. I hope our report will be ready for September.

Mr. Pagtakhan: By this coming September, a year from when you started.

Mme Vézina: Comme vous le savez, le Programme d'autonomie des aînés est un programme d'animation sociale, donc un programme qui était autorisé pour cinq ans. On sait tous qu'un programme d'animation sociale demande le temps de la promotion, de la mise en place des guides, des critères, de la connaissance pour que les groupes puissent faire appel au programme. Ceci demandait d'attendre à l'année 3 pour que l'on puisse faire l'évaluation du programme afin d'avoir une idée de ce qui pouvait être le meilleur pour ledit programme.

C'est pourquoi nous avons attendu pour faire l'évaluation et je compte, au cours de l'automne prochain, avoir des recommandations précises, et réajuster un peu les critères pour que toutes les collectivités puissent recourir au programme. Il faudra aussi, au niveau de l'aspect francophone, essayer de redéfinir le mot «autonomie». It is not the same as independence. So it is important to explain what has happened with these kinds of words, I hope for next September.

• 1720

Mr. Pagtakhan: I would like to comment on what was said in reply to the question from my colleague Dr. Halliday. He indicated there was no assistance for the seniors' independence projects in 1989-90 in the estimates, and none again in 1990, and in reply you indicated this was only a change in nomenclature because we have increased the budget in 1989-90 to \$35 million for the Seniors' Independence Program and before that, in 1988-89, it was \$9 million. In 1990-91, it is back to \$15 million. I cannot see how a change in nomenclature can justify a cut in programs.

Dr. Glynn: The question I was dealing with with Dr. Halliday was in relationship to a particular program in Health Services and Promotion Branch, which is a health promotion contribution program. What happened is that with the advent of the Seniors' Independence Program, which is currently funded at \$16.5 million annually, projects that were previously being dealt with under a program that in the general program is quite small are now being covered by the Seniors' Independence Program, which has much more money to deal with only seniors' projects.

Mr. Pagtakhan: When you say "much more money", I cannot see the arithmetic. In 1989-90 it was \$35 million, unless I am seeing. . .

[Translation]

M. Pagtakhan: Ma deuxième question porte sur l'évaluation qui est faite des programmes gouvernementaux offerts aux aînés dont vous avez parlé dans votre exposé, et en particulier du Programme d'autonomie des aînés. Quand les résultats de cette évaluation seront-ils déposés à la Chambre des communes?

Mme Vézina: Je l'ignore, mais je compte discuter de la question avec le ministre Perrin Beatty. J'espère que le rapport sera prêt en septembre.

M. Pagtakhan: En septembre prochain, c'est-à-dire un an après le début de cette étude.

Mrs. Vézina: As you know, the Seniors Independence Program is a community based program which has been authorized for five years. In order to reach its full potential that type of program must be well publicized and requires proper training of those in charge of its administration. That is why we had to wait until its third year to evaluate its success.

Next autumn, I believe I will be able to submit specific recommendations concerning the criteria of the program so that it benefit the greatest number possible of communities. We will also have to better define what we mean by the word *autonomie* in French. Cela ne signifie pas la même chose que le mot *indépendance*. Je crois donc qu'il faudra apporter certaines précisions à ce sujet, et j'espère que nous pourrions le faire en septembre.

M. Pagtakhan: J'aimerais revenir sur la réponse que vous avez donné à la question que vous posait mon collègue. M. Halliday. Il vous a fait remarquer qu'aucun crédit n'était prévu dans le budget de 1989-1990 et de 1990-1991 au titre du Programme d'autonomie des aînés, et vous lui avez répondu qu'on avait simplement changé l'appellation de certains programmes, et qu'en fait, les crédits alloués au Programme d'autonomie des aînés sont passés de 9 millions de dollars en 1988-1989 à 35 millions de dollars en 1989-1990. Pour 1990-1991, les fonds réservés à ce programme s'élèvent à 15 millions de dollars. Comment se fait-il que le fait de changer l'appellation de certains programmes entraîne des compressions budgétaires?

M. Glynn: M. Halliday a posé une question au sujet d'un programme précis relevant de la Direction générale des services et de la promotion de la santé. Un petit programme qui relevait de cette direction est maintenant financé en vertu du Programme d'autonomie des aînés auquel 16,5 millions de dollars ont été réservés pour 1990-1991. Ce programme dispose de fonds beaucoup plus importants.

M. Pagtakhan: Je comprends mal. Sauf erreur, en 1989-1990, des crédits de 35 millions de dollars. . .

[Texte]

I am looking at the estimates for the Seniors' Independence Program. I thought in 1989-90 it was \$35 million, and then in 1990-91 it is \$15 million. Is it not?

Dr. Glynn: No.

Mrs. Vézina: Last year it was \$20 million and we used \$13 million.

Mr. Pagtakhan: The researchers for the committee indicated these figures to us.

Who did this analysis for us?

Apparently pages 3 to 19 would indicate this analysis.

Mr. Dicerni: You are reading from what?

Mr. Pagtakhan: From the research done for the committee by the Library of Parliament.

Mme Vézina: Si je comprends bien, c'est la recherche qui a été faite pour le Comité qui ne semble pas donner les précisions exactes au sujet des montants. Parce que le Programme d'autonomie des aînés n'a sûrement jamais reçu un budget de 35 millions de dollars puisqu'il est prévu pour un montant global de 100 millions étalés sur cinq ans.

Mr. Pagtakhan: It is \$35 million in 1989-90.

What is the project awards now, for 1990-91?

Mrs. Vézina: Are you still speaking about SIP?

Mr. Pagtakhan: Yes.

Mr. Dicerni: Perhaps we could undertake to provide you with a very specific undertaking in writing.

Mr. Pagtakhan: Sure. That will solve the problem immediately.

Mr. Dicerni: We will work it out with the committee.

Mr. Pagtakhan: I would like you, as the minister advocating for seniors, to consider under advisement, when you convene a strategy meeting with your group, how to provide service to the seniors vis-à-vis supermailboxes. I have heard a lot of concerns from seniors in my constituency who had to walk, would break their legs, and yet they are being forced to retrieve their mail from supermailboxes even during the peak of the wintertime.

Could you undertake a commitment to this committee that you will bring this issue before the minister responsible for the postal service so that the needs of seniors insofar as mail delivery is concerned are addressed, notwithstanding the existence of supermailboxes? Could you make that undertaking to the committee?

• 1725

Mrs. Vézina: I recommend you send me a letter on this specific object and I will send this letter to the minister responsible for la Société canadienne des postes. Respecting the decision, they are an independent society and they make the decisions. On your behalf I will ask the minister responsible to ask la Société canadienne des postes to do their best.

[Traduction]

Je compare le budget du Programme d'autonomie des aînés. Ce budget était de 35 millions de dollars en 1989-1990 et il est de 15 millions de dollars en 1990-1991, n'est ce pas?

M. Glynn: Non.

Mme Vézina: L'an dernier, 20 millions de dollars ont été alloués à ce programme, dont 13 millions de dollars ont été dépensés.

M. Pagtakhan: Ce sont les recherchistes du Comité qui nous ont fourni ces chiffres.

Qui est l'auteur de ce document?

C'est ce qu'on peut lire aux pages 3 à 19.

M. Dicerni: Que citez-vous?

M. Pagtakhan: Les notes d'information qui nous ont été fournies par la Bibliothèque du Parlement.

Mrs. Vézina: If I am not mistaken, it would appear that the figures you were given are wrong. Thirty-five million dollars were never allocated to the Senior Independence Program since a total of \$100 million has been allocated to this program for a five-year period.

M. Pagtakhan: Trente-cinq millions de dollars y ont été alloués en 1989-1990.

A combien s'élèvent les subventions totales qui ont été versées jusqu'ici pour 1990-1991?

Mme Vézina: Parlez-vous toujours du PAA?

M. Pagtakhan: Oui.

M. Dicerni: Nous pourrions peut-être vous fournir ces chiffres par écrit.

M. Pagtakhan: Très bien, cela règlera le problème.

M. Dicerni: Nous éclaircirons la situation avec le Comité.

M. Pagtakhan: En votre qualité de ministre des aînés, j'aimerais que vos collaborateurs et vous-même vous demandiez comment on pourrait venir en aide aux aînés qui doivent utiliser des superboîtes. Beaucoup d'aînés de ma circonscription se sont plaints du fait qu'ils doivent aller chercher leur courrier à une superboîte en plein hiver. Certains se seraient même cassés la jambe.

Pouvez-vous vous engager devant ce Comité à soumettre la question au ministre chargé du service postal? Pouvons-nous compter sur vous?

Mme Vézina: Je vous recommande de m'adresser une lettre à ce sujet que je transmettrai au ministre responsable de la Société canadienne des postes. Cette décision incombe naturellement à la Société elle-même, mais je demanderai en votre nom au ministre responsable d'attirer l'attention de la Société canadienne des postes sur cette question.

[Text]

Mr. Gustafson (Souris—Moose Mountain): Thank you, Madam Minister, for appearing. I have one question that comes out of the riding I serve, which is a rural riding. We have many senior citizens who are of agricultural backgrounds and who might file only one income tax form, basically as a family. What are the results for the spouse who had a fairly good income as a farmer's wife; and then in later years, say he passes away, what happens in the case of their Canada Pension Plan? How fairly or unfairly are they treated in regard to the benefits, and what provisions are there for them? There are many of those people.

Mrs. Vézina: Personally I have no answer to this very specific question. I do not know if the—

Mr. Dicerni: I do not want this to sound like a broken record, but the whole CPP legislation and what spouses are allowed to receive once the other spouse dies and so forth are a matter of some complexity which, unfortunately, I have not totally mastered yet. However, we have a number of people within our department who unfortunately are not here today, but who could provide you with both a general, generic briefing, as well as if you have specific concerns with regard to that type of particular case. If you want to speak to me afterwards—

Mr. Gustafson: I just want to make the point that this is not an unusual circumstance in a rural community.

Mr. Nault: We deal with it every day.

Mrs. Vézina: You are confirming my first priority—

Mr. Gustafson: But the point is that these people have a—

Mrs. Vézina: —that tomorrow there must be a briefing about this very specific. . . We have so many kinds of situations it is impossible to have the answer at once.

Mr. Gustafson: I would certainly appreciate something specifically—

Mrs. Vézina: Yes, we will research it.

Mr. Gustafson: —so we can understand just exactly how these people are being dealt with in terms of their pensions. I would just say that on 63 here, in terms of some of the regulations and directions that are put out here, it does say that:

You might be interested to know that it is possible for a spouse in an ongoing relationship to share a retirement pension.

But it does not give the specifics of what the outcome of that would be, whether the same standard of living could be maintained.

The other question that relates to this is that in the case of farm people, or business people, or whatever, they might say that they would pay their spouses wages so they would come under the Canada Pension Plan. In one way, that is seen as a way of manipulating the system, and I do not think it should be necessary to have to do that. I know people do that but—

Mrs. Vézina: And as you know, every situation is unique.

Mr. Gustafson: Yes, but the question I have asks should this be necessary. They have had a shared income, an adequate income possibly, but one income tax form was filed. If you could look into that I would certainly appreciate the answer to that question.

[Translation]

M. Gustafson (Souris—Moose Mountain): Je vous remercie, madame la Ministre, d'être ici aujourd'hui. J'ai une question à vous poser qui a trait à ma circonscription, une circonscription rurale. Il y a beaucoup de couples d'agriculteurs dans ma circonscription qui ne soumettent qu'une seule déclaration d'impôt. Les épouses d'agriculteurs qui pouvaient compter, du vivant de leur mari, sur un revenu décent peuvent-elles bénéficier, en cas de décès de leur conjoint, de la pension qui leur aurait été versée en vertu du Régime de pensions du Canada? Traite-t-on ces femmes de façon équitable? Beaucoup de personnes dans ma circonscription se trouvent dans cette situation.

Mme Vézina: Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question très précise. Je me demande si quelqu'un d'autre. . .

M. Dicerni: Je ne voudrais pas donner l'impression de répéter toujours la même chose, mais je ne connais pas à fond ce dossier. Je ne sais pas exactement quels sont les droits des conjoints survivants à l'égard de la pension du RPC. Certains fonctionnaires de notre ministère, qui ne sont malheureusement pas ici, seraient cependant en mesure de répondre à votre question. Si vous voulez me parler après la réunion. . .

M. Gustafson: Je voulais simplement faire remarquer que ce cas se présente souvent dans les régions rurales.

M. Nault: Il se présente tous les jours.

Mme Vézina: Cela confirme que ma priorité absolue. . .

M. Gustafson: Le fait est que ces gens ont. . .

Mme Vézina: . . . une séance d'information doit être prévue demain sur ce sujet. . . Chaque cas est unique en son genre, et il est donc difficile de pouvoir répondre à toutes ces questions.

M. Gustafson: Je vous saurais certainement gré de vous renseigner. . .

Mme Vézina: Oui, nous le ferons.

M. Gustafson: . . . de manière à ce que nous sachions quels sont les droits de ces gens. En ce qui touche les règlements et les lignes directrices existant sur le sujet, on lit ceci à la page 63 de cette brochure:

Vous serez peut-être intéressée de savoir que les conjoints qui vivent ensemble peuvent partager leur pension de retraite.

On ne précise pas cependant si cette mesure assure le même niveau de vie.

Les agriculteurs ou les entrepreneurs, par exemple, pourraient décider de verser un salaire à leur conjoint afin qu'il ait droit au Régime de pensions du Canada. Ce n'est pas très régulier, et on ne devrait pas avoir, à mon avis, à recourir à de telles manœuvres. Je sais que certains le font, mais. . .

Mme Vézina: Comme vous le savez, chaque cas est unique.

M. Gustafson: Oui, mais la question qu'il convient de se poser, c'est si c'est nécessaire de procéder de la sorte. Ces gens ont partagé le même revenu, un revenu suffisant à leurs besoins dans certains cas, et ils n'ont présenté qu'une seule déclaration d'impôt. Je vous saurais certainement gré de vous renseigner là-dessus.

[Texte]

[Traduction]

• 1730

Mrs. Vézina: I want to know the answer.

Mr. Pagtakhan: This is for the record, particularly because the work was initially done for us by our researcher. If you look at the 1989-90 forecast of 250 new projects for the average award of \$140,000, you will come to \$35 million. When you then look at the 1990-91 estimates of 122 projects, of 125 average project awards, you would come to only \$15.5 million. I think it is very striking that there will be a drop in support for the Seniors' Independence Program projects, and I would like the minister to make a quick and serious reassessment of these figures. If the commitment is there, Mr. Chairman, then we have to readjust the figures, and I hope that will be done.

I do not know when the minister will come back and I do not intend to receive the answers. But for the record, I would like the minister to address the strategy of the battle against poverty among older women. What is lacking is the precise strategy that you intend to implement to achieve your priority, and perhaps by way of frequent communication the committee may be advised of this strategy. Job facilitation, accommodation, social security, health care costs, the taxation system, institutional care, and home care could be addressed.

Mrs. Vézina: This strategy is not yet implemented. It is my intention to take care of this very important issue. As soon as the strategy is ready I will be pleased to submit it.

The Chairman: Thank you very much, Madam Minister.

In closing, a number of questions have come up today relative to seniors—the GST, RRSPs. On page 19 of the guide, Revenue Canada sponsors a community volunteer program. Has that or can that be expanded to include assistance for seniors in other areas—beyond income tax? It is obvious I think that seniors are requiring help in a vast number of areas.

I am sure at income tax time there are people who are able to provide some of that assistance, and perhaps this is something that could be undertaken throughout other parts of the year or in specific programs. It appears that there is a definite need for it.

Mrs. Vézina: It is another example of the necessity for the co-ordination of our department with all the other departments. When we are speaking about seniors, instead of the social issues, now we must speak about the economic issues.

The Chairman: Thank you very much, Madam Minister. We do appreciate your appearance before the committee today, along with the deputy minister and the assistant deputy minister.

Mrs. Vézina: Thank you. It is my pleasure to be here.

The Chairman: At this time I would remind committee members there is a meeting Thursday morning, May 24, 9 a.m., at 151 Sparks Street. At that time we will discuss the draft report. I would ask members to keep that meeting in mind.

The meeting is adjourned.

Mme Vézina: Je verrai.

M. Pagtakhan: J'aimerais citer certains chiffres pour le compte rendu qui nous ont été fournis par notre personnel de recherche. En 1989-1990, 250 nouveaux projets devaient obtenir une subvention moyenne de 140,000\$, ce qui nous amène à 35 millions de dollars. En 1990-1991, on s'attend à ce que 122 ou 125 projets soient approuvés, ce qui donne la somme de 115,5 millions de dollars. J'aimerais que la ministre nous explique pourquoi on a réduit autant les fonds accordés au Programme d'autonomie des aînés. Si le gouvernement tient à ce programme, monsieur le président, j'espère qu'on rajustera ces chiffres.

Je ne sais pas quand la ministre reviendra devant le comité, et je ne m'attend pas à recevoir de réponse à mes questions. J'aimerais cependant que la ministre nous dise comment le gouvernement entend résoudre le problème de la pauvreté parmi les femmes âgées. Le gouvernement a besoin de se doter d'une stratégie précise à cet égard, et il conviendrait peut-être que le comité en soit tenu informé. Elle pourrait traiter des perspectives d'emploi, du logement, de la sécurité sociale, du financement des services de santé, du régime fiscal, des soins en institution ainsi que des soins à domicile.

Mme Vézina: Cette stratégie n'a pas encore été mise en oeuvre. J'attache beaucoup d'importance à cette question. Dès que la stratégie sera prête, je serai heureuse de vous la présenter.

Le président: Je vous remercie, madame la ministre.

Avant de terminer, j'attire votre attention sur le fait que les aînés se posent un certain nombre de questions au sujet notamment de la TPS et des REER. À la page 116 du guide, on précise que Revenu Canada parraine un programme axé sur le bénévolat dans la collectivité. Ce programme ne pourrait-il pas être élargi pour aider les aînés dans d'autres domaines? Les aînés ont besoin d'aide dans bien d'autres domaines.

Peut-être que les gens qui viennent en aide au aînés au moment de remplir leurs déclarations d'impôt pourraient pendant le reste de l'année les aider dans d'autres domaines. Le besoin existe.

Mme Vézina: Voilà qui montre bien comment notre ministère doit coordonner ses activités avec celles des autres ministères. Outre les problèmes sociaux, beaucoup de problèmes économiques se posent à l'égard des aînés.

Le président: Je vous remercie, madame la ministre. Nous vous savons gré d'avoir comparu devant le comité aujourd'hui ainsi qu'à votre sous-ministre et à votre sous-ministre adjoint.

Mme Vézina: Je vous remercie. Je suis heureuse d'être venue.

Le président: Je rappelle aux membres du comité que le comité doit se réunir jeudi matin le 24 mai à 9 heures au 151, rue Sparks. Nous discuterons de notre projet de rapport. Je compte sur votre présence.

Le comité suspend ses travaux.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Department of National Health and Welfare:

Richard Dicerni, Senior Assistant Deputy Minister;

Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch, and Acting Assistant Deputy Minister, Social Services Program Branch.

TÉMOINS

Du ministère de la Santé nationale et du bien-être social:

Richard Dicerni, sous-ministre adjoint;

Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Services et la promotion de la santé, et sous-ministre adjoint intérimaire, Programmes de service social.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 33

Thursday, May 24, 1990

Tuesday, May 29, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 33

Le jeudi 24 mai 1990

Le mardi 29 mai 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

Main Estimates 1990-91: Votes 5, 10 and 15 under
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

Budget des dépenses principal 1990-1991: crédits 5, 10 et 15 sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Marcel Danis
Minister of State (Fitness and
Amateur Sport)

WITNESS:

(See back cover)

COMPARAÎT:

L'honorable Marcel Danis
Ministre d'État (Condition physique
et Sport amateur)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990



STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MAY 24, 1990
(41)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:41 o'clock a.m. this day, in Room 701, 151 Sparks Street, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin and Stan Wilbee.

Acting Member present: Bob Speller for Mary Clancy.

Other Member present: Joe McGuire.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Luc Fortin, Joan Vance and Odette Madore, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee commenced consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 11:04 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, MAY 29, 1990
(42)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 10:03 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Albina Guarnieri, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Acting Members present: John F. Brewin for Chris Axworthy; Girve Fretz for Bruce Halliday; Bob Kilger for Paul Martin; Wilton Littlechild for Brian White.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Luc Fortin, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Appearing: The Honourable Marcel Danis, Minister of State (Fitness and Amateur Sport).

Witness: From the Department of National Health and Welfare: Lyle Makosky, Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Thursday, February 22, 1990, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1991. (See *Minutes of Proceedings, Wednesday, May 2, 1990, Issue No. 28*).

The Chairman called Votes 5, 10 and 15 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE.

PROCÈS-VERBAUX

LE JEUDI 24 MAI 1990
(41)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 41, dans la salle 701 au 151, rue Sparks, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin et Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Bob Speller remplace Mary Clancy.

Autre député présent: Joe McGuire.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Luc Fortin, Joan Vance et Odette Madore, attachés de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Le Comité commence à examiner un projet de rapport sur le fonctionnement et le mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

À 11 h 04, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 29 MAI 1990
(42)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 10 h 03, dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Albina Guarnieri, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: John F. Brewin remplace Chris Axworthy; Girve Fretz remplace Bruce Halliday; Bob Kilger remplace Paul Martin; Wilton Littlechild remplace Brian White.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Luc Fortin, Odette Madore et Joan Vance, attachés de recherche.

Comparait: L'honorable Marcel Danis, ministre d'Etat (Condition physique et Sport amateur).

Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: Lyle Makosky, sous-ministre adjoint, Condition physique et Sport amateur.

Le Comité reprend les travaux prévus à son ordre de renvoi du jeudi 22 février 1990, soit l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1991 (voir les *Procès-verbaux et témoignages du mercredi 2 mai 1990, fascicule n° 28*).

Le président appelle: Crédits 5, 10 et 15, SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL.

The Minister made a statement and, with the witness, answered questions.

At 12:06 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

Le ministre fait un exposé puis, avec le témoin, répond aux questions.

À 12 h 06, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Texte]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, May 29, 1990

• 1004

The Chairman: I call the meeting to order. I see a quorum.

Again we are dealing with an order of reference dated Thursday, February 22, 1990. This morning we will focus our attention on Fitness and Amateur Sport. For that reason, and with your consent, I will call votes 5, 10 and 15 under National Health and Welfare.

I am pleased to welcome the Hon. Marcel Danis, Minister of State for Fitness and Amateur Sport. We are most pleased that you are able to be with us here this morning. If I may, sir, I extend to you our congratulations and best wishes as you assume your new portfolio. As you are aware, we have formed a subcommittee on fitness and amateur sport, under the chairmanship of Dr. Cole. That committee has been very active over the last number of months.

• 1005

We started the meeting a little later than we normally do, for a number of reasons. It is my understanding that some members of the committee have other commitments at 11 a.m., but there are some who can remain as long as required. And I understand, Mr. Minister, that you have additional time you may wish to spend. Is that correct?

Hon. Marcel Danis (Minister of State (Fitness and Amateur Sport)): All the time you want, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, sir. With that, thank you very much for appearing this morning. We are pleased that you are able to be with us this morning.

Mr. Danis: Thank you, Mr. Chairman. It is a pleasure for me to be here this morning.

Before I make a short statement to the committee, I would like to introduce my ADM, Mr. Lyle Makosky, to the members of the committee. I am sure many of you know him quite well.

I am pleased to have the opportunity, Mr. Chairman, to meet with you and committee members today. In the three months since I was appointed Minister of State, I have witnessed firsthand the degree to which the initiatives undertaken by the Fitness and Amateur Sport Branch have affected Canadians. I would like to describe briefly some of these initiatives as they relate to the 1990-91 main estimates. The estimates show that my ministry intends to spend \$74.8 million this year, which essentially represents a status quo budget.

[Traduction]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 29 mai 1990

Le président: Puisque nous avons maintenant un quorum, je déclare la séance ouverte.

Nous nous réunissons de nouveau en vertu de l'ordre de renvoi daté du jeudi 22 février 1990. Ce matin, nous discuterons du Programme de la condition physique et du sport amateur. Avec votre consentement, je mets donc en délibération les crédits 5, 10 et 15 sous la rubrique Santé nationale et Bien-être social.

Je suis heureux de souhaiter la bienvenue à l'honorable Marcel Danis, ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur. Nous lui savons gré d'être des nôtres ce matin. Permettez-moi d'abord, monsieur le ministre, de vous féliciter de votre nomination et de vous souhaiter tout le succès possible dans vos nouvelles fonctions. Comme vous le savez sans doute, nous avons établi un sous-comité de la condition physique et du sport amateur, présidé par M. Cole. Ce comité est très actif depuis plusieurs mois maintenant.

Nous avons commencé notre réunion un peu plus tard que prévu, et ce, pour plusieurs raisons. Je crois comprendre que certains membres du comité doivent partir à 11 heures, mais qu'il y en a d'autres qui sont disposés à rester aussi longtemps qu'il le faudra. Ai-je raison de croire, monsieur le ministre, que vous êtes en mesure de rester un peu plus longtemps parmi nous?

L'honorable Marcel Danis (ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur): Je suis prêt à rester aussi longtemps que vous le voudrez, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup. Permettez-moi de vous remercier d'abord de votre présence au comité ce matin. Nous sommes très heureux de pouvoir vous souhaiter la bienvenue au comité.

M. Danis: Merci, monsieur le président. Je suis très heureux d'être là.

Avant de faire une courte déclaration liminaire, j'aimerais vous présenter mon sous-ministre adjoint, M. Lyle Makosky. Je suis sûr que bon nombre d'entre vous le connaissent déjà bien.

Monsieur le président, je suis très heureux d'avoir l'occasion de vous rencontrer aujourd'hui. Au cours des trois mois qui se sont écoulés depuis ma nomination au poste de ministre d'État, j'ai constaté de première main à quel point les initiatives entreprises par la Direction générale de la condition physique et du sport amateur touchent les Canadiens et les Canadiennes. J'aimerais vous en décrire quelques-unes, dans la mesure où elles se rattachent au Budget des dépenses principal de 1990-1991. Le Budget des dépenses indique que mon ministère prévoit de dépenser 74,8 millions de dollars cette année, ce qui constitue essentiellement un budget intouché.

[Text]

Under the terms of the Fitness and Amateur Sport Act, the program mandate is "to promote, encourage, and develop fitness and amateur sport in Canada". This mandate is carried out through the activities of three program directorates—Fitness Canada, Sport Canada, and the International Relations Division.

Je crois, monsieur le président, qu'il convient de commencer par l'aspect condition physique de mes responsabilités parce que, vous le savez certainement, nous sommes en plein milieu de la Semaine «Canada en forme». La Journée de l'espadrille qui a eu lieu vendredi dernier, lançait la Semaine qui est une manifestation nationale coordonnée conjointement par Condition physique Canada et les ministères provinciaux et territoriaux responsables de la condition physique. Demain, monsieur le président, des centaines de villes canadiennes relèveront le défi Crownvie PARTICIPaction, mettant leur fierté en jeu pour voir laquelle des villes peut motiver le plus grand nombre de ses citoyens à sortir et à faire de l'activité physique. D'ailleurs, je serai moi-même à Totonto, demain matin, pour participer à cette activité. Cette année, les organisateurs de la Semaine «Canada en forme» s'attendent à ce que plus de huit millions de Canadiens participent à plus de 14,000 activités officielles d'un océan à l'autre. La Semaine «Canada en forme» devient donc la célébration de l'activité physique la plus gigantesque au monde.

D'un petit bureau de projet au sein de Condition physique Canada, l'organisation de la Semaine «Canada en forme» est devenue un secrétariat national à temps plein qui coordonne la participation de 30 partenaires nationaux. Le secrétariat a activement sollicité pour la Semaine «Canada en forme» des fonds auprès du secteur privé et compte actuellement 12 sociétés nationales qui sont les commanditaires officiels de l'activité. La Semaine «Canada en forme» est l'un des meilleurs exemples auxquels je peux penser d'une collaboration entre le secteur public et le secteur privé pour le bien de tous les Canadiens. La contribution que Condition physique Canada réserve à la Semaine «Canada en forme» de 1990-1991 et aux 12 projets nationaux qui s'y rattachent s'élève à 710,000\$, montant auquel le secteur privé ajoutera des contributions de 2 millions de dollars en espèces et en aide indirecte telle que de la publicité et d'autres produits offerts gratuitement.

• 1010

The growing commitment of Canadians to fitness is borne out by the final results of the 1988 Campbell's Survey, which I announced several weeks ago. This survey was a follow-up to the landmark 1981 Canada Fitness Survey. Both were funded by Fitness Canada, and both were designed to gather information on the physical activity habits and lifestyles of Canadians.

While the results are most encouraging, they also tell us that we have much to do. In 1981, only 24% of Canadians were physically active enough to be considered in cardiovascular health. This figure had risen to 33% by 1988.

[Translation]

En vertu de la Loi sur la condition physique et le sport amateur, le mandat du programme est de «favoriser, promouvoir et développer la condition physique et le sport amateur au Canada». Ce mandat est réalisé par l'intermédiaire des activités de trois directions de programme: Condition physique Canada, Sport Canada et la Division des relations internationales.

I think it is fitting to begin with the Fitness side of my responsibilities, because, as I am sure you are aware, we are currently in the midst of Canada's Fitweek. Fitweek kicked off last Friday with Sneaker Day, a national event that is co-ordinated jointly by Fitness Canada along with provincial and territorial fitness departments. Tomorrow, hundreds of Canadian cities will take up the Crown Life *Participation Challenge*, putting their civic pride on the line to see which can motivate the greatest number of its citizens to get out and get active. This year, Fitweek organizers expect over 8 million Canadians to be involved in over 14,000 official events from coast to coast. This makes Fitweek the biggest celebration of physical activity in the world.

The organization of Fitweek has grown from a small project office within Fitness Canada to a full-time national secretariat that co-ordinates the involvement of 30 national partners. The secretariat has actively sought private sector funding for Fitweek and currently counts 12 national corporations as official sponsors of this event. Canada's Fitweek is one of the best examples I can think of where the public and private sectors collaborate for the good of all Canadians. Fitness Canada's 1990-91 contribution to Fitweek and its 12 national projects of \$710,000 will be matched by private sector contributions of \$2 million in cash and indirect support, such as free advertising and complementary products.

L'engagement sans cesse croissant des Canadiens envers la condition physique est confirmé par les résultats finals de l'Enquête Campbell de 1988 que j'ai annoncés il y a plusieurs semaines. Cette enquête donnait suite à l'Enquête de base Condition physique Canada de 1981. Les deux enquêtes ont été subventionnées par Condition physique Canada et visaient à réunir des renseignements sur les modes de vie des Canadiens et des Canadiennes et sur leurs habitudes en matière d'activité physique.

Bien que les résultats soient des plus encourageants, ils nous indiquent également qu'il nous reste encore beaucoup à faire. En 1981, seulement 24 p. 100 des Canadiens étaient suffisamment actifs physiquement pour améliorer leur santé

[Texte]

In that regard, we can demonstrate that our efforts are bearing fruit. Another positive statistic is that about 60% of all Canadians are now regularly physically active—proof that we are fostering opportunities for participation.

However, my concern is for the 40% of Canadians who are not involved in regular physical activity. Our challenge is to reach those individuals and get them moving. At the same time, we must continue to encourage those we have already reached to keep at it.

My plan for meeting this challenge is to provide federal leadership in the implementation of a new way of looking at what it means to be fit, a new approach that extends well beyond the traditional view of fitness that tended to be defined as high-energy, up-scale, or a response to aerobic guilt, a view that many Canadians find intimidating.

This new approach, the active living approach, is more dynamic and in a sense democratic. Its aim is not how many kilometres we run, but rather the overall physical activity experience in which the individual appreciates for himself that being active in whatever context, and on individual terms, is liberating, rejuvenating, and environmentally natural. It sees physical activity as the cornerstone of total fitness or well-being for everyone throughout the course of their lives and on their own terms, in tune with their individual needs, abilities, and interests. In simplest terms, we want to promote the concept of active living where the majority of our population will engage in health-enhancing physical activity, whether it be walking or bicycling to the grocery store. They will be doing this in a way that integrates the other dimensions of their lives: intellectual, social, cultural and spiritual.

Active living is a concept spearheaded by Fitness Canada and involving a broad range of constituents. Internally, we will be looking at ways to integrate the active living approach into existing and new program areas. We will be working closely with our partners to foster this new vision of well-being.

I should mention in this context the particularly good relationship with the provinces and territories that Fitness Canada has developed and the degree to which this is essential for the development of integrated programming. I would also note that Fitness Canada, through its links with upwards of 50 client organizations, is well situated to provide the kind of national leadership necessary to help foster and promote this new active living approach at an appropriate time in the future.

[Traduction]

cardio-vasculaire. En 1988, ce pourcentage avait augmenté à 33 p. 100. À cet égard, nous pouvons démontrer que nos efforts portent fruit. Une autre statistique encourageante est qu'environ 60 p. 100 de tous les Canadiens s'adonnent maintenant «régulièrement» à des activités physiques—une autre preuve que nous favorisons les possibilités de participation.

Cependant, je me préoccupe du 40 p. 100 des Canadiens qui ne pratiquent pas d'activités physiques régulières. Notre défi consiste à rejoindre ces personnes et à les amener à bouger. En même temps, nous devons continuer à encourager ceux que nous avons déjà rejoints à ne pas lâcher.

Pour relever ce défi, j'ai l'intention d'assurer une direction fédérale dans l'implantation d'une nouvelle façon de définir ce que c'est que d'«être en forme»—une nouvelle approche qui va bien au-delà de la vision traditionnelle de la «condition physique» qu'on avait tendance à associer à la dépense hautement énergétique, à un certain rang social ou à un moyen de conserver sa forme aérobie—une vision que bon nombre de Canadiens trouvent intimidante.

La nouvelle approche—la Vie active—est plus dynamique et, en un sens, démocratique. Le but n'est pas «le nombre de kilomètres courus», mais plutôt l'«expérience d'activité physique» globale où l'individu se rend compte par lui-même qu'«être actif»—dans n'importe quel contexte et à ses conditions—est libérateur, rajeunissant et naturel sur le plan environnemental. L'activité physique est vue comme la pierre angulaire de la «condition physique totale» ou du «mieux-être» de l'individu, tout au long de sa vie, et à ses propres conditions—en harmonie avec ses besoins, ses aptitudes et ses intérêts personnels. En termes plus simples, nous désirons promouvoir la notion de la «Vie active» selon laquelle la majorité de notre population s'adonnera à une activité physique «améliorant la santé»—qu'il s'agisse d'aller faire les emplettes à pied ou à bicyclette, et que les gens le fassent d'une manière qui intègre les autres dimensions de la vie—les aspects intellectuel, social, culturel et spirituel.

La Vie active est une notion lancée par Condition physique Canada et elle entraîne la participation d'un large éventail d'intervenants. À l'échelle interne, nous examinerons des façons d'intégrer l'approche de la Vie active dans les domaines de programme actuels et nouveaux et nous travaillerons étroitement avec nos partenaires pour préconiser cette nouvelle «vision du mieux-être».

Dans ce contexte, je devrais mentionner la relation particulièrement harmonieuse que Condition physique Canada a établie avec les provinces et les territoires et la mesure dans laquelle elle est essentielle à la mise sur pied des programmes d'intégration. Je soulignerais également que Condition physique Canada, grâce à ses liens avec plus de 50 organismes clients, est bien placé pour assumer le rôle de chef de file national qui est nécessaire pour aider à préconiser et à promouvoir cette nouvelle approche de la Vie active à un moment approprié dans l'avenir.

[Text]

While the active living approach is a process for inspiring the general population to move, in all senses of the word, focusing resources more directly on priority target groups remains an important objective of Fitness Canada. These target groups are children and youth, older adults, Canadians who have a disability, and employees.

After a thorough and national consultation, master plans called blueprints for action have been completed in each of those areas. These plans provide a direction and framework within which to develop policies and programs, and serve as a basis for collaboration with existing and new partners.

Implementation of these initiatives contained in the blueprints has now commenced and will continue through the current fiscal year. Small working secretariats located in the Canadian Sport and Fitness Administration Centre have been set up to support this implementation. Throughout this process, the involvement of the non-government, volunteer and private sectors has been a priority.

• 1015

True to its mandate, promotion continues to play a large part of the overall Fitness Canada strategy of involving more Canadians in physical activity. Our contribution to PARTICIPaction for their very successful public service announcement campaign will generate 15 times in value in highly visible and creative advertisements. Research tells us that 93% of Canadians now recognize the PARTICIPaction advertisements and relate them to the need for Canadians to be regularly involved in physical activity.

Canada is now recognized internationally as a world leader in getting its citizens regularly involved in healthy physical activity. Fitness Canada plans to build on that leadership by continuing its involvement in this area with other nations. The directorate will be renewing its agreement with the Soviet Union on the Canada-U.S.S.R. Fit Trek, launched in its second year by the Prime Minister during his November trip to Moscow.

Pour conclure mes propos, monsieur le président, concernant les initiatives de Condition physique Canada, je désirerais rappeler que nous voyons la notion de «Vie active» comme un moyen de relier l'activité physique aux différents aspects de la vie quotidienne de chaque Canadien et Canadienne. Aucun n'a autant d'importance que la santé. Je partage la vive préoccupation de mon collègue le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social devant les coûts croissants des soins de santé dans notre pays. Je suis convaincu qu'une partie de la solution pour réduire ces coûts réside dans la sensibilisation de notre population à l'importance de l'activité physique par l'intermédiaire de la Vie active en tant que moyen vital de prévenir la maladie. Tout en étant agréable et interactive sur les plan social et culturel, la Vie active est quelque chose qui est accessible à tous les Canadiens et les Canadiennes, indépendamment de leur situation économique ou sociale.

[Translation]

Bien que l'approche de la Vie active soit un processus consistant à inspirer l'ensemble de la population à «bouger» dans tous les sens du mot, la concentration plus directe des ressources sur des groupes cibles prioritaires demeure un important objectif de Condition physique Canada. Ces groupes cibles sont les enfants et les jeunes, les adultes d'âge mûr, les Canadiens ayant un handicap et les employés.

Après des consultations nationales poussées, des plans directeurs appelés Plans d'action ont été dressés pour chacun de ces domaines. Ces plans fournissent une orientation et un cadre permettant d'élaborer des lignes de conduite et des programmes et servent de base pour la collaboration avec les partenaires actuels et nouveaux.

La mise en branle des initiatives énoncées dans les plans d'action est maintenant commencée et se poursuivra au cours de la présente année financière. De petits secrétariats de travail situés au Centre canadien d'administration du sport et de la condition physique ont été formés pour appuyer cette mise en oeuvre. Tout au long du processus, l'engagement des secteurs non gouvernemental, bénévole et privé a été prioritaire.

Conformément au mandat s'y rattachant, la promotion continue d'occuper une place prépondérante dans la stratégie globale de Condition physique Canada visant à amener un plus grand nombre de Canadiens à s'adonner à des activités physiques. Notre contribution à PARTICIPaction dans le cadre de sa campagne d'annonces d'intérêt public qui connaît un succès retentissant produira 15 fois sa valeur en annonces créatives et reconnues à grande échelle. Les recherches nous révèlent que 93 p. 100 des Canadiens reconnaissent maintenant les annonces de PARTICIPaction et les associent à la nécessité pour les Canadiens de pratiquer régulièrement des activités physiques.

Le Canada est maintenant reconnu dans le monde entier comme un chef de file mondial pour ce qui est d'inciter ses citoyens à faire régulièrement de l'activité physique saine. Condition physique Canada entend exploiter ce poste de commande en continuant à s'engager dans ce domaine avec les autres pays. La direction renouvellera son entente avec l'Union soviétique relativement à l'Aventure physi-forme Canada-URSS—qui a été lancée pour une deuxième année par le premier ministre lors de son voyage à Moscou, en novembre.

Mr. Chairman, in concluding my remarks on Fitness Canada's initiatives, I would like to reiterate that we view the concept of Active Living as a means to connect physical activity to the various and diverse aspects of the individual Canadian's day-to-day life. None of these is more important than an individual's health. I share the deep concern of my colleague, the Minister of National Health and Welfare, about the rising costs of health care in this country. I am convinced that part of the solution to reducing these costs lies in sensitizing our population to the importance of physical activity through Active Living as a vital disease prevention measure. While being both enjoyable and socially and culturally interactive, Active Living is something that is accessible to all Canadians, regardless of economic or social level.

[Texte]

Condition physique Canada s'est engagé à entretenir d'étroites relations de travail avec les autres parties visées sous ce rapport, surtout nos collègues au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. La Direction a réussi à tisser un réseau de partenaires partout au Canada qui lui permet de rejoindre une gamme étonnamment vaste de groupes et de particuliers. Compte tenu des ressources modestes mises à la disposition de Condition physique Canada, je crois que nous pouvons dire que c'est un investissement très fructueux.

Mr. Chairman, I would now like to turn to the sport side of my responsibilities. There is no doubt that we are on the threshold of a new era in sport in Canada and the world. I would like to emphasize that as a response to the challenges that lie ahead, the Government of Canada remains committed to the development of participation and pursuit of excellence in sport at both the individual and the national level. Canadians have shown us and told us in no uncertain terms that they value sport for themselves and for their nation as a means of expressing their pride and self-confidence as a people.

Quite clearly, if sport is to continue to play its historically significant part in the life of Canada in this new decade and into the next millennium, an ethical framework must be established which offers Canadians the opportunity to achieve personal and collective success and enjoyment while respecting the principles of sound moral conduct, all of which must be done without putting our system-building on hold while we wrestle with these complex issues. In sport, as we all know, the maintenance of momentum is critical.

Sport Canada programs revolve around the principle that the athlete is or should be at the centre of the picture as far as sport development programs in Canada are concerned. This is true both at the level of participation development and of high performance.

• 1020

What becomes obvious when one is examining plans for the development of our top athletes is that they must work hard, receive first-class coaching, and be exposed to first-rate training and competitive environments in order to reach their potential. We and they know they are capable of reaching their personal best level of performance respecting the highest level of ethical principles. But to do so they need our financial and moral support.

With a level of funding that has been significantly reduced over the past several fiscal years, and which has now reached an annual plateau to the end of the quadrennial leading up to the Albertville and Barcelona Games in 1992, we are faced with conditions that once again challenge us to do more with less. While our prospective Olympians are beginning their final preparations for those games, we are collectively striving to have increasing numbers of Canadians

[Traduction]

Fitness Canada is committed to maintaining close working relations with other stakeholders in this regard, especially our colleagues within the Department of National Health and Welfare. The Directorate has succeeded in forging a network of partnerships throughout Canada that allows it to reach a surprisingly broad range of groups and individuals. Given the modest resources, Mr. Chairman, I think it can be said that Fitness Canada is a high return investment.

Maintenant, si vous le permettez, monsieur le président, je souhaiterais aborder l'aspect Sport de mes responsabilités. Il est certain que nous sommes au seuil d'une nouvelle ère dans le sport au Canada et dans le monde. J'aimerais faire ressortir qu'en réponse aux défis qui nous attendent, le gouvernement du Canada demeure engagé envers l'augmentation de la participation et la poursuite de l'excellence dans le sport à l'échelle tant individuelle que nationale. Les Canadiens et les Canadiennes nous ont montré et nous ont dit sans équivoque qu'ils valorisent le sport pour eux-mêmes et pour leur pays comme un moyen d'exprimer leur fierté et leur confiance en soi en tant que peuple.

Il est assez clair que si le sport doit continuer à occuper sa place historiquement importante dans la vie du Canada au cours de cette nouvelle décennie et du prochain millénaire, il faut établir un cadre éthique qui offre aux Canadiens et aux Canadiennes l'occasion de connaître le succès et le plaisir personnels et collectifs tout en respectant les principes d'une conduite morale solide—le tout devant être réalisé sans mettre en suspens le perfectionnement de notre système alors que nous nous attaquons à ces questions complexes. Dans le sport, il est vital de maintenir l'élan.

Les programmes de Sport Canada sont fondés sur le principe que l'athlète est, ou devrait être, au centre du tableau en ce qui concerne les programmes de développement du sport au Canada. C'est vrai tant au niveau de l'augmentation de la participation que sur le plan de la haute performance.

En examinant les plans concernant le perfectionnement de nos athlètes d'élite, il devient évident que ceux-ci doivent travailler dur, profiter des services d'un entraîneur de haut calibre et évoluer dans des milieux d'entraînement et de compétition de premier plan pour réaliser leur potentiel. Nous savons, et ils savent, qu'ils sont capables d'atteindre leur meilleur niveau de performance personnel tout en respectant les principes éthiques les plus rigoureux, mais pour ce faire, ils ont besoin de notre appui financier et moral.

Le niveau des fonds ayant été considérablement réduit au cours des quelques derniers exercices financiers et ayant maintenant atteint un plafond annuel jusqu'à la fin de la période quadriennale menant aux Jeux olympiques d'Albertville et de Barcelone en 1992, nous nous retrouvons dans des conditions qui nous forcent une fois de plus à faire plus avec moins. Alors que nos athlètes olympiques prometteurs amorcent leur entraînement final en vue de ces

[Text]

become involved with sport. In seeking to realize the potential of our best athletes in 1992, however, we must not starve programs of development below that level or we will be handing on a heritage of depleted resources and opportunities to those whose horizons lie in areas other than the Olympic Games or beyond 1992.

If we look ahead, Sport Canada will be very actively involved during the coming fiscal year in finalizing an agreement with the Victoria Commonwealth Games society. When the federal government made a commitment of \$50 million to the staging of the 1994 games in Victoria, it did so on the condition the Victoria host society would include in their budget a sport legacy, or endowment fund, and the facilities built for the games would serve as a regional and national high-performance centre principally servicing sports in the Commonwealth Games program. Detailed negotiations on these and other matters such as financing arrangements are now under way.

The Commonwealth Games in Auckland brought the world together in January, and the federal government is committed to its active partnership in making the 1994 Victoria Games the best ever.

Canada is also at present in the final stages of a very promising bidding process to bring the Olympic Games to Toronto in 1996, the centennial of the modern games. Last month my colleague the Minister of Finance and I announced that the Government of Canada would provide essential services at cost—immigration, security, and customs services—if the bid is successful. We also announced the federal government would examine the possibility of providing a direct financial contribution through non-taxed revenue sources. If Toronto wins the bid, we will once again have the opportunity to witness this spectacular event at first hand and to showcase the best of Canadian sport against the rest of the world here at home. There will no doubt again be a heightened interest and participation by Canadians in sport, as was the case in 1976 in Montreal and in 1988 in Calgary.

As part of the preparations for these events it is vital that Sport Canada continue to support its initiatives in the Anti-Doping Program, expanding the necessary but costly dimension of no-notice, usually out-of-competition testing. We anticipate further initiatives will be required once the report of the Dubin inquiry has been tabled and reviewed and appropriate consultations have taken place.

Au cours de la prochaine année, monsieur le président, Sport Canada augmentera également son investissement dans les initiatives nationales bien planifiées dans le but de permettre aux organismes nationaux de sport d'influer

[Translation]

jeux, nous nous efforçons collectivement de faire participer davantage de Canadiens et de Canadiennes au sport. Toutefois, en cherchant à réaliser le potentiel de nos meilleurs athlètes en 1992, nous ne devons pas priver les programmes de perfectionnement en dessous de ce calibre, car nous léguons autrement un héritage de ressources et de possibilités appauvries à ceux qui aspirent à autre chose que les Jeux olympiques ou dont les horizons vont au-delà de 1992.

En se tournant vers l'avenir, Sport Canada déploiera des efforts énergiques au cours du prochain exercice financier pour mettre la touche finale à un accord avec la Société des Jeux du Commonwealth de Victoria. Lorsque le gouvernement fédéral a engagé un montant de 50\$ millions de dollars pour la tenue des jeux de 1994 à Victoria, il l'a fait à la condition que la Société d'accueil de Victoria prévoise dans son budget un fonds de dotation ou d'héritage sportif et que les installations construites pour les jeux servent de centre régional ou national de haute performance principalement au profit des sports inscrits au programme des Jeux du Commonwealth. Les négociations détaillées concernant cette question et d'autres points, tels que les modalités financières, sont maintenant en cours.

Les Jeux du Commonwealth à Auckland ont rassemblé le monde entier en janvier, et le gouvernement fédéral s'est engagé à assumer activement son rôle de partenaire pour faire des jeux de Victoria de 1994 les meilleurs à ce jour.

Le Canada en est également aux dernières étapes d'une candidature fort prometteuse visant à accueillir les Jeux olympiques à Toronto en 1996, l'année du centenaire des jeux modernes. Le mois dernier, mon collègue, le ministre des Finances, et moi-même avons annoncé que le gouvernement du Canada fournirait gratuitement les services essentiels—l'immigration, la sécurité et les douanes—si la candidature était retenue. Nous avons aussi annoncé que le gouvernement fédéral envisagerait la possibilité d'offrir une contribution financière directe par l'intermédiaire de sources de recettes non fiscales. Si la ville de Toronto est choisie, nous aurons encore une fois l'occasion d'être aux premières loges d'une manifestation spectaculaire et de mesurer l'élite du sport canadien au reste du monde ici, chez nous. Il y aura sûrement encore une intensification de l'intérêt et de la participation des Canadiens et des Canadiennes dans le sport comme ce fut le cas en 1976 et en 1988, lorsque les jeux ont été organisés à Montréal et à Calgary respectivement.

Dans le cadre des préparatifs en vue de ces manifestations, il est vital que Sport Canada continue de subventionner ses initiatives au sein du programme antidopage en élargissant la dimension des tests sans préavis, habituellement hors compétition, qui sont coûteux, mais nécessaires. Nous prévoyons qu'il faudra entreprendre d'autres initiatives une fois que le rapport de la Commission d'enquête Dubin aura été déposé, examiné et aura fait l'objet de consultations appropriées.

Over the coming year, Sport Canada will also be increasing its investment into well-planned domestic level initiatives to allow national sport organizations to influence positively the numbers of Canadians participating in sport at

[Texte]

positivement sur les Canadiens et les Canadiennes s'adonnant au sport à tous les échelons. L'objectif est d'accroître la participation des enfants, des personnes ayant un handicap, des sportifs vétérans ainsi que des adeptes du sport d'hiver et de certains sports d'été visés qui présentent de bonnes chances d'attirer un plus grand nombre de participants.

Avec ses partenaires, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organismes nationaux de sport, Sport Canada cherchera à rehausser la qualité de la direction offerte à l'échelle du pays et à améliorer le milieu dans lequel les activités sportives se déroulent grâce à des initiatives visant à favoriser le bilinguisme et l'esprit sportif, à assurer l'égalité des possibilités offertes aux femmes dans le sport et en faisant ressortir les risques du dopage dans le sport. L'objectif global, monsieur le président, est de renforcer la prestation active des programmes dans tous ces domaines de façon à relever la qualité de l'expérience sportive de la personne au point où on assure en permanence une influence dans le développement du sport.

• 1025

L'une des initiatives de Sport Canada qu'il vaut la peine de souligner devant ce Comité concerne notre effort accru pour inciter les enfants et les jeunes à s'engager dans le sport, mais de le faire en respectant les règles, leurs adversaires et eux-mêmes. En conséquence, il est prioritaire d'accorder plus de fonds à la Campagne pour l'esprit sportif. Une autre composante importante est le Programme des initiatives en matière de bilinguisme qui continuera d'aider les associations clientes oeuvrant dans le sport et dans la condition physique à offrir un climat et des services accueillants aux Canadiens tant anglophones que francophones.

La relation entre le secteur des entreprises et les organismes nationaux de sport a évolué considérablement depuis les Jeux Olympiques de Séoul. Bien que la commandite n'ait pas diminué autant qu'on l'avait prévu, les règles du jeu ont changé et la collectivité sportive doit apprendre et s'adapter si elle veut réussir à entretenir des relations de travail harmonieuses avec le milieu des affaires. Sport Canada étudie actuellement des moyens qui nous permettraient de favoriser davantage des progrès en ce sens.

L'année de l'entraîneur venant tout juste de se terminer au Canada, Sport Canada s'évertuera à concevoir d'autres programmes concernant la formation et le rôle des entraîneurs en tant que meneurs et enseignants dans le milieu sportif. Pour commencer, Sport Canada coparrainera une importante conférence nationale sur les stratégies en matière de formation des entraîneurs qui aura lieu en septembre de cette année.

In carrying out these various objectives, Mr. Chairman, I can assure you that Sport Canada and I, as Minister of State, are committing to improving consultation with our clients in the sport community. Such consultation is key, especially when one considers that Sport Canada's clients represent the entire spectrum of sport at the national level.

[Traduction]

all levels. The objective is to increase the involvement of children, persons with disabilities, masters age participants, winter sport participants, and certain targetted summer sports with significant potential for increased participation.

Sport Canada will seek, with its partners—the provincial/territorial governments and the national sport organizations—to improve the quality of leadership offered at the domestic level, and to improve the environment within which sports activity takes place through initiatives aimed at promoting bilingualism and fair play, providing equality of opportunity to women in sport, and by stressing the hazards of doping in sport. The overall objective is to strengthen the active delivery in all these areas in order to improve the quality of the sport experience for the individual to ensure a self-sustaining influence in sport development. The overall objective is to strengthen the active of delivery in all these areas, in order to improve the quality of the sport experience for the individual to ensure a self-sustaining influence in sport development.

One Sport Canada initiative of particular note in this area is our increased effort to influence children and youth to get involved with sport, but to do so respecting the rules, their competitors, and themselves. Accordingly, increased funding for the Fair Play Campaign is a priority. Another important component is the Bilingual Initiatives Program which will continue to assist both our sport and fitness client associations in providing a welcoming atmosphere and services to both English and French-speaking Canadians.

The relationship between the corporate sector and national sport organizations has changed significantly since the Seoul Olympics. While sponsorship has not dropped as dramatically as envisaged, the rules of the game have changed and the sport community must learn to adapt if it is to be successful in striking meaningful working relationships with business. Sport Canada is currently examining ways by which we can further promote such development.

Having just completed The Year of the Coach in Canada, Sport Canada will be actively seeking to build further programs for the development and role of the coach as a leader and teacher in the sport community. This will begin with Sport Canada's co-hosting of a major national conference on coaching strategies in September.

Dans la réalisation de ces différents objectifs, monsieur le président, je peux vous assurer que Sport Canada et moi-même, en tant que ministre d'État, sommes engagés à améliorer les consultations avec nos clients au sein de la collectivité sportive. Ces consultations sont cruciales, surtout lorsque nous constatons que les clients de Sport Canada représentent l'éventail complet du sport à l'échelle nationale.

[Text]

Some 85 organizations receive financial support from Sport Canada. This includes single-sport organizations such as Basketball Canada and Swimming/Natation Canada, and some 20 organizations which provide support services to the sport community, such as the Sport Medicine Council of Canada, the Canadian Federation of Sports Organizations for the Disabled, and the Coaching Association of Canada, to name but a few.

Last summer my predecessor confirmed the establishment of a joint committee on consultation, chaired by my assistant deputy minister. The development of this committee is indicative of the importance the federal government attaches to consulting with client organizations on major issues and concerns of a substantive nature. I am pleased to note that the joint committee has produced a draft report and a set of recommendations which will assist us in developing a formal consultative process being put in place in the months ahead.

Finally, it is clear that solid commitment and much co-operation are required to bring Canada to its full potential as a sporting nation.

In our examination of the Dubin report I will also be looking to see how we can build on our solid relationship with our provincial and territorial government partners through projects such as the Coaching Strategies Conference, with the sports science and medicine communities, with the corporate community, and most importantly, Mr. Chairman, with the national sport community itself, to bring into reality some of the national goals for Canadian sport development expressed in the Task Force 2000 report published in 1988.

With the Dubin and Task Force 2000 reports we will have, in a way, come full circle to an opportunity similar to that which faced our predecessors who, in the early 1970s, created the Canadian sports system of today. We should grasp the opportunity.

Finally, Mr. Chairman, I would like to say a few words about the activities of the International Relations Directorate, which was established in 1988. Over the past year, this directorate continued to establish itself and pursued a high level of visibility for Canada through leadership in the international sport and fitness communities. Canada was a major contributor to such activities as the Jeux de la Francophonie in Morocco last August, the Second World Conference on Anti-doping in Sport in Moscow last fall, and the First Commonwealth Sports Ministers Conference in Auckland in January of this year.

• 1030

The directorate will continue its active involvement in critical issues such as doping and will take advantage of Canada's reputation as an honest broker to secure progress and international agreements among our international governmental counterparts. It will host the seventh session of the UNESCO intergovernmental committee on physical education and sport here in Ottawa in October of this year and will establish pilot projects designed to provide sport and

[Translation]

Quelque 85 organismes bénéficient d'une contribution financière de Sport Canada. On y retrouve les organismes unidisciplinaires, tels que Basketball Canada ou Natation Canada, et quelque 20 organismes qui offrent des services de soutien à la collectivité sportive, tels que le Conseil canadien de la médecine sportive, la Fédération canadienne des organisations sportives pour personnes handicapées et l'Association canadienne des entraîneurs, pour n'en nommer que quelques-uns.

L'été dernier, mon prédécesseur a confirmé l'établissement d'un comité mixte de consultation présidé par mon sous-ministre adjoint. La mise sur pied de ce comité révèle l'importance que le gouvernement fédéral attache à la consultation des organismes clients pour ce qui est des questions et des préoccupations de fond. J'ai le plaisir de signaler que le comité mixte a produit une ébauche de rapport et une série de recommandations qui nous aideront à mettre sur pied un processus officiel de consultation au cours des mois à venir.

Enfin, il est clair qu'un ferme engagement et qu'une grande collaboration s'imposent pour réaliser tout le potentiel du Canada en tant que puissance sportive.

Lors de l'examen du rapport Dubin, je verrai aussi comment nous pouvons exploiter notre solide relation avec nos partenaires des gouvernements provinciaux et territoriaux, grâce à des projets tels que la conférence sur les stratégies en matière de formation des entraîneurs, avec les milieux des sciences et de la médecine du sport, avec les sociétés et, surtout, avec la collectivité sportive nationale elle-même, afin de concrétiser les buts nationaux liés au développement du sport canadien qui ont été énoncés dans le rapport du groupe de travail Vers l'an 2000 publié en 1988.

Avec les rapports Dubin et Vers l'an 2000, nous serons revenus, d'une certaine façon, à une situation semblable à celle devant laquelle se sont trouvés nos prédécesseurs qui, au début des années 70, ont créé le système sportif canadien d'aujourd'hui. Nous devrions saisir cette occasion.

Enfin, monsieur le président, j'aimerais dire quelques mots concernant les activités de la Direction des relations internationale qui a été créée en 1988. Au cours de la dernière année, cette direction a continué à s'établir et a fait grandement connaître le Canada grâce à la direction qu'elle a assumée au sein des collectivités internationales du sport et de la condition physique. Le Canada a été un important collaborateur à des activités telles que les Jeux de la Francophonie au Maroc, en août dernier, la deuxième conférence mondiale sur l'antidopage dans le sport à Moscou, l'automne dernier, et la première conférence des ministres du Sport du Commonwealth à Auckland, en janvier de cette année.

La direction continuera de s'engager activement dans les questions névralgiques telles que le dopage et profitera de la réputation du Canada en tant qu'intermédiaire honnête pour assurer des progrès et des ententes internationales parmis nos homologues gouvernementaux internationaux. Elle accueillera en octobre, ici, à Ottawa, la septième séance du Comité intergouvernemental de l'UNESCO pour l'éducation physique et le sport et montera des projets pilotes conçus

[Texte]

fitness technical assistance to developing countries. Through the directorate, support and counsel will be provided to Canada's leadership of the Expert Group studying ways to strengthen the Commonwealth Games that was launched by the Prime Minister at the Commonwealth Heads of Government meeting in Kuala Lumpur last fall.

The leadership potential of Canadian sport will be enhanced and developed through the establishment of an international relations advisory committee to provide advice on Fitness and Amateur Sport Branch's international sport policies and activities and to co-ordinate the joint efforts of the branch and the national sport organizations at the international level.

Having outlined highlights of the objectives and challenges facing the Fitness and Amateur Sport Branch in 1990-91, I would certainly be very happy to answer questions from any members of the committee for as long as the committee wishes. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister, for your presentation this morning. Certainly you have touched on a number of items. As you know, this is the health committee, and at numerous times in the past the correlation between health and fitness and the emphasis Canadians have put on that over the last number of years and the dividends all of us appreciate are being paid there have been brought to our attention.

On the sport side, I guess Canadians are very aware of the implications there. Sport crosses international boundaries, race, religion, I guess politics, and everything else that is involved. Those of us who can recall the Olympics in Calgary probably noticed that Canadians were drawn very closely together. Small communities that had never been actively involved took a great deal of interest in that. The torch run probably did more to bring Canadians together as a community than any other single event we have had. So it is an important area we are dealing with.

I wish the Olympic Committee every success in the bid for the Toronto games, knowing as an Albertan what it did not only for Canada but also for the province and the participation of volunteers. The volunteers who were involved are what made it so successful in Alberta. You cannot, in any facet of sport today, work without the vast number of volunteers who were involved.

You have raised a lot of issues, sir, and I am sure members of the committee will have questions for you.

At this time we would move on to the questioning. Dr. Cole, would you like to lead this morning?

Mr. Brewin (Victoria): Is it not usual to start with the—

The Chairman: We have been alternating the different parties in hearing the officials and ministers, and I think we have gone through all of them at this point in time. We have given a lead to each of the parties.

[Traduction]

pour fournir une aide technique en matière de sport et de condition physique aux pays en voie de développement. La direction assurera un appui et des conseils pour que le Canada puisse assumer son poste de commande au sein du groupe d'experts chargé d'examiner les moyens de renforcer les Jeux du Commonwealth qui a été créé par le premier ministre lors de la réunion des chefs des États du Commonwealth à Kuala Lumpur, l'automne dernier.

Les possibilités de direction qu'offre le sport canadien seront exploitées davantage et réalisées grâce à l'établissement d'un comité consultatif des relations internationales. Celui-ci dispensera des conseils sur les politiques et les activités de la Direction générale de la condition physique et du sport amateur en matière de sport international et coordonnera les efforts communs déployés par la direction générale et les organismes nationaux de sport à l'échelle internationale.

Monsieur le président, maintenant que je viens d'énoncer les faits saillants des objectifs et des défis auxquels fait face la Direction générale de la condition physique et du sport amateur en 1990-1991, je serai très heureux de répondre aux questions des membres du Comité. Merci.

Le président: Monsieur le ministre, je vous remercie pour l'exposé que vous nous avez présenté ce matin et dans lequel vous avez abordé plusieurs points. Par le passé, l'attention du Comité a été attirée à plusieurs reprises sur les liens entre la santé et la condition physique, l'importance que les Canadiens leur accordent depuis de nombreuses années et les avantages qu'elles nous procurent.

Quant au sport, je pense que les Canadiens en reconnaissent l'importance. Ils savent que les sports transcendent les frontières, les races, les religions, la politique, et tout le reste. Les Jeux olympiques de Calgary nous ont montré comment le sport a resserré les liens entre les Canadiens. On a vu des petits villages prendre part à des activités auxquelles ils n'avaient jamais participé auparavant. La traversée du Canada par la flamme olympique a contribué, plus que tout autre événement, à rapprocher les Canadiens. Par conséquent, nous parlons aujourd'hui de choses importantes.

J'espère de tout cœur que la proposition du Comité olympique de tenir les prochains jeux à Toronto sera retenue, car, en tant qu'Albertain, je sais que les Jeux olympiques ont beaucoup apporté au Canada, à ma province et à tous les bénévoles qui ont contribué à leur succès. De nos jours, les nombreux bénévoles qui participent aux diverses manifestations sportives sont devenus indispensables. Ce sont eux qui ont fait le succès des Jeux olympiques de Calgary.

Vous avez soulevé beaucoup de questions, et je suis certain que les membres du comité auront des questions pour vous.

Nous allons maintenant passer aux questions. Monsieur Cole, est-ce que vous voulez bien commencer?

M. Brewin (Victoria): Habituellement, on ne commence pas par le . . .

Le président: Nous avons alterné les différents partis lors de l'audition des fonctionnaires et ministres, et je pense que nous avons fait un tour complet. Chacun des partis a eu l'occasion de commencer la période des questions.

[Text]

Mr. Brewin: I am sure Dr. Cole's questioning will be perceptive and helpful.

The Chairman: It always has been in the past, and I am sure this morning will be no different.

• 1035

Mr. Cole (York—Simcoe): Welcome, Mr. Minister. It is good to have you here, and I want to congratulate you on your appointment as the minister. I know you are very much involved and obviously from your comments are very dedicated to it.

One of the things I would like to talk to you a little bit about is the funding, because I think that is one of the reasons we are here today. When we look at the funding of your ministry—and I think you pointed out in your opening comment that you are going to be looking this year at virtually the same number of dollars you have had in the past. When you look at this and you look at some of the extra programs that Fitness and Amateur Sport is becoming involved in, the costs of overall operating and one thing another, it comes down to my concern that as a result of this there will have to be some cut-backs somewhere within the system. It seems to me that the cut-back is coming, directly or indirectly, at the support level as opposed to the administrative level.

I am very much concerned that this is going to have a very long-lasting effect on the various NSOs and on the various athletes who are involved, and we want them to be involved in representing Canada and performing to their best ability. However, we do need to support these NSOs, because as you also mentioned it is becoming more and more difficult for them to raise funds from the private sector. Only so many dollars can be raised through the private sector, and I think we are all aware of that.

However, we have a situation where amateur sports and amateur sport organizations, in my opinion, for the most part have developed to a very high-quality level. They have become very administratively sound, yet we seem to be putting more and more restrictions on these organizations. I would like to know what your feelings are or what your future is for the ability of these organizations to run their own programs as opposed to having the continued big-brother approach we seem to have with Sport Canada and the NSOs. I would like to know your feelings as to whether we are approaching a point where we can say to the NSOs, you have developed and Sport Canada have done a great job. I concur with that completely in encouraging the NSOs to be self-sufficient. Now in my opinion we have to give them the opportunity to show that they can be self-sufficient. I would like your comments.

Mr. Danis: Thank you, Mr. Cole. The comments that you have made I have heard a number of times in the past three months, since my appointment.

If I could summarize this, the problem is the following one. Some people say that we at the department have centralized the system too much and have taken the approach that you suggested is the big-brother approach. What we have in fact done has been to a certain extent to centralize the system, but it has been done at the request of the NSOs. As you know, Mr. Cole, it was done physically. It had to be done.

[Translation]

M. Brewin: Je suis certain que les questions de M. Cole seront perspicaces et utiles.

Le président: Je suis certain que M. Cole sera, ce matin, aussi pertinent que d'habitude.

M. Cole (York—Simcoe): Bienvenue, monsieur le ministre. C'est un plaisir de vous accueillir, et je veux vous féliciter de votre nomination en tant que ministre. Je sais que c'est un domaine qui vous tient à coeur et, d'après vos commentaires, vous vous dévouez corps et âme.

Je voudrais vous parler un peu du financement, car c'est l'une des raisons pour lesquelles nous sommes ici aujourd'hui. Lorsque l'on examine le financement de votre ministère... et vous avez fait remarquer dans votre allocution que vous alliez avoir cette année pratiquement les mêmes crédits que par le passé. Si l'on examine cela et certains des programmes supplémentaires auxquels participe le ministère de la Condition physique et du Sport amateur, les coûts de fonctionnement d'ensemble et les divers éléments, je crains qu'à la suite de tout cela, il ne faille effectuer des coupures à certains endroits du système. Il me semble que les réductions de budget touchent, directement ou indirectement, le domaine de l'aide plutôt que le domaine administratif.

Je crains que ceci n'ait des effets à long terme sur les divers ONS et les athlètes qui représentent le Canada et essaient d'arriver aux meilleures performances possibles. Cependant, nous devons encourager ces ONS, car, comme vous l'avez dit, ils ont de plus en plus de mal à obtenir des fonds du secteur privé. La capacité de financement du secteur privé a manifestement des limites, et je crois que nous le savons tous.

Cependant, le sport amateur et les organisations de sport amateur sont parvenus à atteindre un niveau très élevé de qualité. Sur le plan administratif, elles sont très solides et, pourtant, on semble leur imposer de plus en plus de restrictions. Je voudrais savoir ce que vous pensez de cela ou dans quelle mesure ces organisations seront à l'avenir capables de diriger leurs propres programmes plutôt que de continuer à se plier à l'approche paternaliste qui semble exister actuellement entre Sport Canada et les ONS. Je voudrais savoir si vous pensez que nous arriverons à un point où nous pourrions dire aux ONS: vous vous êtes développés, et Sport Canada a fait un merveilleux travail. Je suis tout à fait d'accord pour encourager les ONS à devenir autonomes. Mais il faut d'après moi leur donner la possibilité de montrer qu'ils sont capables de le faire. Je voudrais entendre vos commentaires.

M. Danis: Merci, monsieur Cole. J'ai entendu ces commentaires à plusieurs reprises au cours des trois derniers mois, depuis ma nomination.

Si vous me permettez de résumer ainsi, le problème est le suivant. Selon certaines personnes, le ministère a trop centralisé le système et a adopté, comme vous venez de le dire, une approche paternaliste. En fait, nous avons dans une certaine mesure centralisé le système, et ce, à la demande des ONS. Comme vous le savez, monsieur Cole, nous l'avons fait physiquement. Ce devait être fait.

[Texte]

Mr. Cole: Yes.

Mr. Danis: There is no doubt that the organizational costs are expensive. The administrative centre we have is probably one of the best in the world. It is a centralized organization and I believe it has to be that way without bringing in what you have called the "big-brother approach". I think it is one thing to have them centralized and work

de façon harmonieuse entre toutes les organisations, and it is another thing to tell them what to do.

As for what we are doing financially with regard to the NSOs, it is true that not only this department, but all departments would always like to have more money. With regard to NSOs, even though we have had additional programs which we are trying to put in place, such as programs in bilingualism and programs for the disabled, programs for women and sports, I think the department has been very well managed. The amount of money we are giving to the NSOs this fiscal year will be \$28 million for core support as opposed to \$27 million last year. It is not the biggest increase in the world, but considering all the circumstances and the period of fiscal restraint we are working in, I think the amount is adequate.

• 1040

What we should be doing, obviously, is involving more people in the system through *le volontarisme*, by using volunteers. Now, I am working on that, but it is a difficult issue. I know the volunteers make up most of the people involved in sports in Canada, especially at the domestic and the local level. But it is not easy to find the solution with regard to volunteers and our—as you say, Doctor—centralized system. I do not have the precise answer, to tell you the truth, on that point. I am certainly ready to consult with you sir, as chairman of your committee. I would like to tell you I have the answer, but I do not on that precise issue.

Mr. Cole: Okay, that is fair enough. You mention the doping program, and I think Canada has been a leader in the doping program internationally. I am very proud of that particular fact.

We use international standards for the most part in assessing the effectiveness of our amateur athletes, and even our amateur sport organizations. Some of those countries we are competing against may not have the same types of restrictions and doping controls that we have. How are we going to assess that in the future? Are we going to continue using international standards as the level of quality, even though they may not be playing by the same rules Canadians are playing by?

Mr. Danis: Dr. Cole, I am working on that problem now. I would prefer to have more consultations with your committee—

Mr. Cole: You are welcome any time.

Mr. Danis: —with ministers of sports. Obviously, I must take into consideration the conclusions of the Dubin report before we take a specific—

Mr. Cole: Are you going to give us a hint as to when it is coming down?

[Traduction]

M. Cole: Oui.

M. Danis: Il est certain que les coûts d'organisation sont très élevés. Le centre administratif que nous avons est sans doute l'un des meilleurs du monde. C'est une organisation centralisée, et je crois qu'il doit en être ainsi, sans faire nécessairement intervenir ce que vous avez appelé «l'approche paternaliste». C'est une chose de les centraliser et de les faire travailler

in a harmonious fashion between all the organizations, et c'en est une autre de leur dire ce qu'elles doivent faire.

Pour ce qui est de nos rapports financiers avec les ONS, il est vrai que ce ministère, mais aussi tous les autres ministères, voudrait toujours avoir plus d'argent. En ce qui concerne les ONS, malgré les programmes supplémentaires que nous essayons de mettre en place, comme des programmes de bilinguisme et des programmes pour les handicapés, pour les femmes et le sport, je crois que le ministère a été très bien géré. Au cours de cette année financière, nous devons donner 28 millions de dollars d'aide de base aux ONS contre 27 millions l'année dernière. Ce n'est pas une augmentation gigantesque, mais compte tenu de toutes les circonstances et de l'austérité actuelle, je crois que la somme est suffisante.

Nous devrions faire participer un plus grand nombre de personnes par bénévolat, en faisant appel à des bénévoles. Je travaille là-dessus, mais c'est un problème difficile. Je sais que la plupart des personnes qui s'occupent de sport au Canada sont des bénévoles, surtout pour le sport national et local. Mais ce n'est pas facile de trouver une solution sur ce plan pour notre système centralisé—comme vous l'appellez, monsieur. Je vous l'avoue, je n'ai pas de réponse précise sur ce point. Je suis certainement prêt à vous consulter, en tant que président de votre comité. J'aimerais bien pouvoir vous dire que j'ai la réponse, mais je n'ai pas de réponse sur ce point précis.

M. Cole: Bien, je comprends. Vous avez parlé du programme antidopage, et je crois que le Canada a joué à cet égard un rôle de premier plan à l'échelle internationale, ce dont je suis très fier.

Dans la plupart des cas, c'est en fonction de normes internationales que nous évaluons l'efficacité de nos athlètes amateurs, et même de nos organisations de sport amateur. Certains des pays avec lesquels nous sommes en compétition n'ont peut-être pas les mêmes restrictions et les mêmes mesures de contrôle du dopage que nous. Comment allons-nous évaluer cela à l'avenir? Allons-nous continuer à évaluer la qualité selon des normes internationales, même si les autres n'observent pas les mêmes règles que les Canadiens?

M. Danis: Je travaille justement à ce problème actuellement. Je préférerais avoir d'autres consultations avec votre comité. . .

M. Cole: Avec plaisir, quand vous voulez.

M. Danis: . . . avec les ministres des Sports. Je dois bien sûr tenir compte des conclusions du rapport Dubin avant de prendre. . .

M. Cole: Allez-vous nous donner une idée de la date à laquelle il sera prêt?

[Text]

Mr. Danis: It should be ready quite soon. That is why I may have a problem this morning with questions relating to doping. The questions on that issue put me in a difficult position. I will answer the questions that you put, but I would prefer not to have to answer questions that may relate to the conclusions of the Dublin report at this stage.

Mr. Cole: I was not trying to get—

An hon. member: Yes, you were.

Mr. Cole: You mentioned private sector funding. Are you looking at some avenues to encourage private sector funding, through corporate or individual sponsorship in the form of a tax break or assistance or something in that line, to help the NSOs and individual athletes?

• 1045

Mr. Danis: Yes, I am considering that and I am meeting on an almost weekly basis with corporations and the private sector. Tomorrow I will be in Toronto meeting some of these people. I had meetings last week and the week before so we are developing a program where we will have more input from the private sector. The response I have had so far has been pretty good, so I think we are on the right track on this issue.

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): On behalf of my Liberal colleagues, I would like to add our welcome and best wishes on the minister's new appointment and responsibilities.

Before proceeding to some technical questions I would like to follow up a comment you made, Mr. Chairman, with regard to sport crossing race, religious and political lines. Given the present atmosphere and the very serious consideration of constitutional matters, I would like the minister to give us his views on whether sport could play a greater role, not only in terms of the international scene and how Canadians are viewed by their peers, but how we view ourselves as Canadians. Would it be an expansion of the Canada Games, regional offices as opposed to a centralized system, athlete exchanges and things of that nature?

As Sport Canada has pretty much completed its original mandate and the NSOs have reached a degree of maturity and are well positioned to assume more responsibility, are there not things we could do to further enhance Canadian unity?

M. Danis: Merci de vos commentaires, monsieur Kilger. Vous avez raison, le Canada vit actuellement des moments difficiles sur le plan constitutionnel; et il n'y a aucun doute dans mon esprit que le sport est un facteur qui unit les Canadiens.

Par exemple, vous avez dû prendre connaissance du sondage Gallup qui a paru dans les journaux et lors duquel on demandait aux gens s'ils étaient favorables à la tenue des Jeux olympiques. Vous savez qu'au Canada, les gens d'une

[Translation]

M. Danis: Il devrait être prêt très bientôt. C'est pourquoi je peux avoir des difficultés à répondre ce matin aux questions concernant le dopage. Je me trouve en effet dans une position difficile sur ce sujet. Je répondrai aux questions que vous me poserez, mais je préférerais ne pas avoir à répondre à des questions en rapport avec les conclusions du rapport Dublin pour l'instant.

M. Cole: Je ne voulais pas. . .

Une voix: Si, si.

M. Cole: Vous avez parlé du financement du secteur privé. Essayez-vous d'encourager le financement du secteur privé en demandant l'aide des sociétés ou des particuliers par le biais d'avantages fiscaux, ou d'assistance, ou d'autres choses, pour aider les ONS et les athlètes?

M. Danis: Oui, je m'intéresse à cette question, et je rencontre pratiquement toutes les semaines des représentants de sociétés ou d'autres personnes du secteur privé. Par exemple, je serai demain à Toronto, où je vais rencontrer certains d'entre eux; j'ai participé à des rencontres similaires au cours des deux dernières semaines. Nous élaborons donc un programme qui recevra une plus grande contribution du secteur privé. Les réactions que j'ai eues jusqu'à présent sont assez positives, et je pense donc que nous sommes dans la bonne voie à ce sujet.

M. Kilger (Stormont—Dundas): Au nom de mes collègues libéraux, je tiens également à assurer le ministre qu'il est le bienvenu et à lui présenter nos meilleurs vœux pour l'exécution de son nouveau mandat et de ses nouvelles responsabilités.

Avant de passer à quelques questions d'ordre technique, je voudrais reprendre l'un de vos commentaires, monsieur le président, soulignant que le sport ignore les barrières raciales, religieuses et politiques. Étant donné l'atmosphère qui règne actuellement et l'étude très sérieuse que nous faisons des questions constitutionnelles, j'aimerais que le ministre nous expose son point de vue sur la possibilité de voir le sport jouer un rôle plus important, non seulement sur la scène internationale et quant à la façon dont les sportifs canadiens sont perçus par leurs collègues étrangers, mais aussi quant à la perception que nous avons de nous-mêmes, en tant que Canadiens. Faudrait-il penser à une extension des Jeux du Canada, à la création de bureaux régionaux au lieu d'avoir un système centralisé, à des échanges d'athlètes et autres activités de cette nature?

Étant donné que Sport Canada a pratiquement rempli son mandat originel et que les organismes nationaux de sport sont arrivés à maturité et sont bien placés pour assumer de plus grandes responsabilités, ne pourrions-nous pas penser à des activités qui contribueraient à renforcer l'unité du Canada?

Mr. Danis: Thank you for your comments, Mr. Kilger. You are quite right, Canada is now going through difficult moments with regard to constitutional matters. Also, there is no doubt in my mind that sport is one factor that unites Canadians.

For instance, you may be aware of a Gallup poll, the results of which were recently published in newspapers, on the subject of whether Canadians would be in favour of the Olympic Games being held here. You are aware of that, in

[Texte]

certaine région ne sont pas toujours favorables à ce que le gouvernement fédéral investisse des fonds dans une autre région. C'est malheureux, mais c'est comme cela. Lorsque la question a été posée par la maison Gallup aux gens du Canada pour savoir s'ils étaient favorables à la tenue des Jeux olympiques à Toronto, et si le gouvernement fédéral se devait de financer en partie les jeux comme il a financé ceux de Montréal et de Calgary en partie, les deux provinces qui étaient les plus favorables à la tenue des Jeux olympiques à Toronto était la province de l'Alberta et celle de Québec.

Je pense que ça veut dire beaucoup pour le Canada, quand on voit que la province de Québec, avec au-delà de 80 p. 100 de répondants, je crois, était favorable à la tenue des Jeux olympiques et aussi à ce que le gouvernement fédéral en défraie une partie.

• 1050

Je crois qu'il n'y a rien qui ne peut unir plus un pays que de voir par exemple un athlète canadien gagner une médaille à des Jeux olympiques et grâce à lui, entendre notre hymne national. Qu'on soit Québécois des plus nationalistes ou fédéraliste, c'est la même chose. Vous avez raison, le sport aide à beaucoup de choses; c'est bon pour la santé, mais c'est aussi excellent pour l'unité canadienne.

Je vous ai parlé des Jeux olympiques, mais nous avons aussi les Jeux du Canada. J'ai vu dans mon comté des échanges de jeunes se faire, comme vous en avez parlé monsieur Kilger. J'ai vu par exemple des jeunes Albertains venir dans ma circonscription électorale qui est à 99 p. 100 francophone et qui est très proche de Montréal, et lorsque ces jeunes-là viennent dans mon comté, je les rencontre. . . Bref! Lorsqu'ils retournent chez eux, ils racontent ce qu'ils ont fait. Je pense que c'est ce genre de choses qui vont nous aider à bâtir un pays. Je crois qu'on n'en fait pas assez.

Si j'en ai l'occasion, je vais certainement m'attaquer à ce problème d'échanges durant les Jeux du Canada. Et j'espère que Toronto gagnera la tenue des Jeux olympiques, non seulement pour la ville de Toronto, mais encore pour le Canada.

Mr. Kilger: Mr. Chairman, if the minister would bring that message to his colleagues in the same clear and sincere fashion, we could possibly see a financial expansion in the funds to Fitness and Amateur Sport. I feel an expanded role could be played by this department, contributing in a very positive way to Canadian unity.

I think in his presentation the minister earlier referred to the athlete being at the centre. Certainly in testimony we have heard from a variety of witnesses in the sport community in the last few months, the concern that is most apparent is, of course, the athlete.

When we look at the Athlete Assistance Program, where the levels of funding have not been in any way, shape, or form adjusted since the early 1980s, I find it to be very sad; negligent, if you will. I would submit that if anyone has been

[Traduction]

Canada, the population of a given region is not always in favour of federal government's investments in another region; this is unfortunate, but that is how it is. When Gallup asked Canadians whether they were in favour of having the Olympic Games at Toronto, and whether the federal government should finance part of the games cost as it financed the Montreal Games and the Calgary Games, in part, the two provinces that were the most in favour of having the games in Toronto were the provinces of Alberta and Quebec.

I think it says a lot for Canada when more than 80% of the responses, in Quebec, I believe, were in favour of having the Olympic Games here and also in favour of a financial contribution from the federal government to cover part of the cost.

I believe that nothing can unite a country more than to see an athlete, a Canadian for instance, win an olympic medal and to hear, thanks to him, our national anthem being played. Whether one is one of the most nationalist Quebecers, or a federalist, the result is the same. You are quite right, sport contributes in many areas. It is good for one's health, but it is also excellent for Canadian unity.

I already mentioned the Olympic Games, but we also have the Canada Games. In my riding, I know of some exchanges of young athletes, as you indicated, Mr. Kilger. For instance, I have seen young Albertans come to my riding, which is 99% French speaking and very near Montreal, and I do meet these young people when they do come to my riding. . . Well! When they go back home, they tell others what they have done. I believe this is the kind of thing that will help us build a country. I also believe that we do not do enough along those lines.

If I have the opportunity to do so, I certainly will deal with this question of exchanges during the Canada Games. And I do hope that Toronto will win its bid for the Olympic Games, not only for the good of Toronto, but also for the good of Canada.

M. Kilger: Monsieur le président, si le ministre pouvait présenter son message à ses collègues avec la même clarté et la même sincérité, nous pourrions peut-être voir une augmentation des fonds consacrés à la Condition physique et au Sport amateur. J'estime que ce ministère pourrait jouer un rôle accru et contribuer d'une façon très positive à l'unité canadienne.

Dans son exposé, le ministre a mentionné que l'athlète était au centre des activités. Sans aucun doute, les témoins que nous avons entendus ces derniers mois et qui parlaient au nom du monde des sports ont fait ressortir que c'est l'athlète qui compte le plus.

Mais quand nous examinons le programme d'aide aux athlètes, il faut constater que le niveau de financement est demeuré absolument inchangé depuis le début des années 80. Je trouve cela fort triste, un signe de négligence, pourrait-on

[Text]

restrained, the athlete has, seeing no increase in his stipend, whether it is the A athlete at \$650 a month. . . This in itself is certainly not adequate. I wonder if the minister would comment on this. When could the athletes expect to see some positive action taken to position them in a far more acceptable position than they are presently with regard to the carded athletes?

Mr. Danis: You are quite right about the amounts. Out of the Sport Canada budget of \$55 million, \$5 million goes to the carded athletes. But that is in direct payment, the monthly stipend you refer to. A lot of the other money also goes to the athletes indirectly, whether through medical health, training, facilities, and all the other programs we have. I agree with you that the amount is certainly not enough.

What we are doing on that right now is setting up a committee. We are looking at what I call a "status of the athlete" study. We will come up with recommendations as to what we should do.

I do not know if it will take the same track, but I refer you, for instance, to the "status of the artist". The Minister of Communications announced it last week. Artists are given tax breaks, that type of thing. It is an issue of serious concern to us. We are looking at it as we speak, as a matter of fact.

• 1055

Mr. Kilger: I wonder if the minister would position us with regard to the government's GST and the national sporting organizations. Correct me if I am wrong, because I understand there could still be changes, and maybe there have been some since the last information I received. As we are trying to offset some of the costs by encouraging greater participation from the public sector, at this time a national sporting organization that would receive, I believe, 40% or less of its funding from the government would in fact lose its rebate. Is that correct, or would it be a percentage of it?

Mr. Danis: We are still working on it. The Sports Federation is still having meetings. We have passed the law itself in the House, and I presume it will come back from the Senate at some point.

An hon. member: In time.

Mr. Danis: The Sports Federation is meeting with the Minister of Revenue. I understand that they are pleased with the progress they are making with the Minister of National Revenue with regard to the role of the sport organizations.

There are a number of ways to look at that. The national ones have charitable status and they would automatically qualify for a 50% rebate on the GST. On some things like ice rental, for instance, there was no tax; now there will be one.

[Translation]

dire. Je pense que si quelqu'un a subi des contraintes, c'est l'athlète, car il n'y a eu aucune augmentation de son allocation, qu'il s'agisse d'un athlète de la catégorie A, à 650\$ par mois. . . Et cela même est certainement insuffisant. Je me demande si le ministre pourrait nous en parler. Quand les athlètes peuvent-ils s'attendre à voir des mesures qui les placeraient dans une position nettement plus acceptable que celle qu'ils occupent actuellement par rapport aux athlètes d'élite?

M. Danis: Quant aux montants, vous avez parfaitement raison. Sur un budget total de 55 millions, Sport Canada alloue 5 millions aux athlètes d'élite. Mais il s'agit là d'un paiement direct, de l'allocation que vous avez mentionnée. Les athlètes bénéficient aussi d'une bonne partie du solde du budget, indirectement, qu'il s'agisse de soins de santé, de formation, des installations, et de tous les autres programmes que nous administrons. Je suis d'accord avec vous pour reconnaître que le montant alloué est certainement insuffisant.

Actuellement, nous organisons un comité et nous examinons une étude de ce que j'appelle le «statut de l'athlète». Nous présenterons ensuite des recommandations.

Je ne sais pas si nous prendrons la même voie, mais je vous renvoie, par exemple, au «statut de l'artiste» que le ministre des Communications a présenté la semaine dernière. Par exemple, les artistes bénéficient de certaines mesures fiscales, de ce genre de choses. C'est une question qui nous préoccupe beaucoup et, d'ailleurs, nous l'étudions actuellement.

M. Kilger: Je me demande si le ministre pourrait nous éclairer sur le statut des organismes nationaux de sport en ce qui concerne la TPS prévue par le gouvernement. J'aimerais avoir une mise à jour, le cas échéant, car je crois comprendre qu'il pourrait y avoir de nouvelles modifications et que, d'ailleurs, il se pourrait qu'il y en ait eu dont je n'ai pas encore été informé. Alors même que nous encourageons une plus grande participation du secteur public pour couvrir une partie des coûts, un organisme national de sport qui recevrait, je crois, 40 p. 100 ou moins de son budget du gouvernement perdrait sa ristourne sur la TPS. Est-ce exact, ou s'agit-il d'un pourcentage de la ristourne?

M. Danis: Nous étudions toujours cette question, et la Fédération des sports poursuit ses réunions à ce sujet. Le projet de loi a déjà été adopté à la Chambre, et je pense qu'il nous reviendra du Sénat à un moment quelconque.

Une voix: A son heure.

M. Danis: La Fédération des sports doit rencontrer le ministre du Revenu. Je crois comprendre qu'elle est satisfaite des progrès réalisés lors des discussions avec le ministre du Revenu national au sujet du rôle des organismes sportifs.

On peut examiner cette question sous différents angles. Les organismes nationaux ont le statut d'organisme de charité et peuvent automatiquement bénéficier d'une ristourne de 50 p. 100 sur la TPS. Dans certains cas, la

[Texte]

On other things like skates or equipment there was a tax, a 13% tax which—I do not want to get into the whole GST debate there—should go down to 7%, the GST, assuming that it is passed on. We will, of course, monitor it very closely to make sure it is passed on. I could see the problem for some people, but the national associations will be eligible for the 50% rebate.

Mr. Kilger: Is 40% not the magic figure right now, if you will, the level of funding below which they would lose the rebate?

Mr. Danis: I will ask my deputy minister to answer that.

Mr. Lyle Makosky (Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport Branch, Department of National Health and Welfare): If a national organization is a registered amateur athletic association it is entitled to charitable status, and as a charitable organization the threshold level is irrelevant. They receive rebate because they are a charitable category. If they are a national nonprofit or a provincial nonprofit, but do not have registered amateur athletic association status—

Mr. Kilger: Let us deal just with the national sporting organizations like the Canadian Amateur Hockey Association, the Canadian Cycling Association, the rowing association, whatever.

Mr. Makosky: Those organizations are all registered amateur athletic associations and are entitled to charitable status, and therefore 50% rebate.

Mr. Kilger: Regardless of the level of funding between them?

Mr. Makosky: Yes.

Mr. Kilger: So why do we have levels?

Mr. Makosky: Levels deal with nonprofit organizations.

Mr. Kilger: What are some of those?

Mr. Makosky: In the national case there is none in sport. I cannot think of any. All the 60 national sport bodies and other sport bodies that we fund nationally are registered amateur athletic associations and they all qualify under that category. Provincial ones are in a different state. The threshold level comes in for them.

The Chairman: I do not want to lead the members, but when there are those very short questions right at the end, I hope they could be on something that would not be quite as complex. I know there are lots of answers to them. I always end up in the position that the questions are of interest to all of us and it goes on for a considerable length of time. So, Mr. Brewin, if you have some very penetrating questions, maybe you could get them in right at the first.

[Traduction]

location d'une patinoire, par exemple, il n'y avait pas de taxe; maintenant, il y en aura une. Par contre, une taxe frappait d'autres choses, comme les patins ou les équipements, une taxe de 13 p. 100 qui—je ne veux pas reprendre tout le débat sur la TPS—devrait donc être ramenée aux 7 p. 100 de la TPS, en supposant que les économies en découlant seront transmises au consommateur. Nous allons certainement surveiller les choses de très près pour nous assurer qu'il en est ainsi. Je conçois que la situation pourrait créer des difficultés pour certains, mais les associations nationales pourront bénéficier de la ristourne de 50 p. 100.

M. Kilger: Mais les 40 p. 100 ne sont-ils pas le montant magique actuellement, si je peux m'exprimer ainsi, le niveau de financement au-dessous duquel les organismes pourraient perdre leur ristourne?

M. Danis: Mon sous-ministre va répondre à cette question.

M. Lyle Makosky (sous-ministre adjoint, Direction générale de la condition physique et du sport amateur, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Quand un organisme national est une association enregistrée de sport amateur, il a droit au statut d'organisme de charité et, donc, le seuil ne s'applique pas. La ristourne est accordée parce qu'il s'agit d'un organisme de charité. Quand il s'agit d'un organisme national ou provincial sans but lucratif, mais qui n'a pas le statut d'association enregistrée de sport amateur. . .

M. Kilger: Traitons simplement d'organismes nationaux de sport tels que l'Association canadienne de hockey amateur, l'Association cycliste canadienne, l'association de canotage, n'importe quel organisme.

M. Makosky: Tous ces organismes sont des associations enregistrées de sport amateur et ont droit au statut d'organisme de charité. Ils ont donc droit à la ristourne de 50 p. 100.

M. Kilger: Quel que soit le niveau de financement reçu?

M. Makosky: Oui.

M. Kilger: Alors pourquoi avons-nous établi ces différents niveaux?

M. Makosky: Ces niveaux s'appliquent aux organismes sans but lucratif.

M. Kilger: Pouvez-vous en mentionner quelques-uns?

M. Makosky: Au niveau national, il n'y en a pas dans le domaine des sports. Aucun ne me vient à l'esprit. Les 60 organisations nationales sportives et autres associations sportives que nous finançons sont toutes des associations enregistrées de sport amateur et sont toutes admissibles à cette catégorie. La situation est différente pour les associations provinciales, et le seuil fixé s'applique à leur cas.

Le président: Je ne veux pas donner de directive, mais j'aimerais espérer que ces questions très brèves qui apparaissent à la fin ne nous entraînent pas dans des domaines aussi complexes. Ce sont des questions auxquelles on peut apporter bien des réponses et je dois constater qu'elles nous intéressent tous mais qu'elles prennent aussi beaucoup de temps. Donc, M. Brewin, si vous avez des questions qui portent sur le fond des choses, vous pourriez peut-être commencer par celles-là.

[Text]

[Translation]

• 1100

Mr. Brewin: I would expect them all to be, but I would—

The Chairman: I look at the clock, and I know the minister cannot explain the GST in the minute the questioner has left.

Mr. Brewin: First of all, I join in the congratulations. We are all looking forward to the establishment of the Marcel Danis parliamentary golf tournament at some point in the near future, to which everyone will be invited.

I also want to thank you very much for your kind words about the Victoria Commonwealth Games, if I can put a parochial note in at this stage. We appreciate both your words and support for those games. We are certainly looking forward to them in Victoria.

I add my support to the idea of a national and regional sports legacy. It is very important that we in Canada come out of the games with that kind of legacy. I hope those negotiations will go well.

One issue, which has already emerged in Victoria, would emerge in Toronto should Toronto be successful in the Olympic bid, and applies in games held elsewhere, and that is the question of commercialization. I know your staff and your predecessors have spoken on the issue. But I wonder if you have developed a protocol or are developing a protocol that would apply to the Commonwealth Games, or to the Olympics should they be held in Canada, in terms of the way sponsors can intrude into the games in return for putting up big dollars.

The legacy, for example in Victoria, is going to turn on whether there are some dollars and whether sponsors can be found. They are going to want to have high visibility. There is concern about what they do for the integrity of the games, to the style and tone of the games, and whether local groups such as the Victoria group, in its anxiety to get sponsors, will be encouraged, on the other hand, to put some reasonable limits on sponsors and the commercialization of games.

I may add, while I am at it, that there is also a more general issue of commercialization in sports. It is not just games, it is also in the regular area. The shortage of funding has pushed many of the sports organizations into commercialization, and it is potentially a real problem both for the organization and for athletes.

Mr. Danis: The issue of commercialization is one that concerns me. I am in the process of trying to develop a policy, which is not the easiest thing in the world because these games, as you know, are directed mostly by the host society. We have a say. For instance, for the Commonwealth Games we have two members on the board. We have Mr. Rick Hansen, whom I appointed a few weeks ago, and Mr. Kaufman.

M. Brewin: J'espère que toutes mes questions tombent dans cette catégorie mais j'aimerais. . .

Le président: Je regarde l'horloge et je sais que le ministre ne pourra pas expliquer la TPS dans la minute dont vous disposez encore.

M. Brewin: Tout d'abord, je m'associe aux félicitations. C'est avec un plaisir anticipé que nous attendons tous la création du tournoi de golf parlementaire Marcel Danis, dans un proche avenir, auquel tout le monde sera invité.

Je tiens aussi à vous remercier de votre aimable commentaire sur les Jeux du Commonwealth de Victoria, si vous me permettez de prêcher pour ma paroisse ici. Nous vous sommes reconnaissants de vos paroles et aussi du soutien que vous avez donné à ces jeux que nous serons certainement heureux de recevoir à Victoria.

Je suis également en faveur d'un fonds d'héritage, national et régional, pour les sports. Il est important que le Canada obtienne ce genre de legs à la suite des jeux. J'espère que les négociations avancent bien.

Je voudrais mentionner une question qui commence à être soulevée à Victoria, et qui le sera également à Toronto si cette ville est choisie pour les Jeux olympiques; elle concerne tous les jeux quel que soit l'endroit où ils ont lieu. Il s'agit de la commercialisation. Je sais que vos collaborateurs et vos prédécesseurs en ont déjà parlé. Mais je me demande si vous avez établi un protocole, ou si vous en préparez un, qui s'appliquerait aux Jeux du Commonwealth, ou aux Jeux olympiques s'ils ont lieu au Canada, permettant de régir la façon dont les commanditaires peuvent manifester leur présence aux jeux en compensation des sommes importantes qu'ils contribuent.

À Victoria, par exemple, le fonds d'héritage dépendra du financement et de la possibilité de trouver des commanditaires. Ces derniers désireront être très visibles. On se demande si cela va affecter l'intégrité des jeux, leur style et leur ton, et si des groupements locaux tel que le groupe de Victoria, extrêmement désireux d'obtenir des commanditaires, seront encouragés, d'autre part, à imposer des limites raisonnables aux commanditaires et à la commercialisation des jeux.

Puisque je suis lancé sur ce terrain, je pourrais ajouter qu'il faut considérer la question très générale de la commercialisation des sports. Il ne s'agit pas uniquement des jeux, mais des sports en général. La pénurie de financement a forcé bon nombre d'organisations sportives à s'associer à des commanditaires pour commercialiser leur activités et ceci risque de devenir un problème très grave tant pour les organisations que pour les athlètes.

M. Danis: Cette question me préoccupe aussi. J'essaie à l'heure actuelle d'élaborer une politique à ce sujet, ce qui n'est pas la chose la plus facile au monde, car, comme vous le savez, ces jeux sont pour la plus grande part, entre les mains du pays hôte. Nous avons toutefois notre mot à dire. Par exemple, nous avons deux membres au conseil d'administration des Jeux du Commonwealth qui sont M. Rick Hansen, que j'ai nommé il y a quelques semaines, et par M. Kaufman.

[Texte]

I will be meeting with those two federal members to make sure that if there is attempt at too much commercialization, or commercialization that would be in bad taste or would show a lack of respect for the community or sports in general, then obviously I would indicate my concern to the representatives on the board. But I do not have a majority of members on the board.

Mr. Brewin: You have \$50 million. It would seem to me, if you are in the process of negotiating for the Victoria Commonwealth Games, it would be appropriate to address the issue somewhere along the line.

• 1105

Mr. Danis: We have not done it yet, but at some point we will probably include in the funding agreement a clause concerning commercialization, as we include in the funding agreement a clause concerning bilingualism services and that type of thing. But for now our policy is to advise our representatives on the board to make sure—

Mr. Brewin: Would you consider also a fair-wages policy as a condition? Some of the money is going to put up buildings. Have you considered a fair-wages policy, which would require that the contractors in bidding would pay to some reasonable standard—and there are various ways of expressing that standard—on the general principle of “fair wages”?

Mr. Danis: We have not done it. I have not done it, certainly, in the ones we are. . . The only one I was involved in myself, and which I started, was the Toronto one. Certainly I am willing to look into it. But there is also the question of provincial jurisdiction when you mention the question of fair wages.

Mr. Brewin: Perhaps we could pursue that. But frankly, the \$50 million again gives you some considerable jurisdiction in this, I would think.

Mr. Danis: Definitely. In the funding agreement what we have to do—and I agree with you—

Mr. Brewin: And in my submission it should be used to ensure that some of these principles are taken care of. You do not want to overuse that, but it is something you can use with consideration for the partners.

On the Dubin inquiry, are you in a position to confirm here what I understand your position to be, that the Dubin report would be referred to the subcommittee of this committee on fitness and amateur sport for our consideration, so we can offer our good suggestions to you on its recommendations?

Mr. Danis: I plan to follow up on a commitment made by my predecessor on that. There has been no change of policy, even though there has been a change of ministers.

Mr. Brewin: Good. Can you tell us a little more about your plans, your assumptions? When you receive the Dubin report very shortly, will you be making it public immediately? What commitment can you give to us on that?

[Traduction]

Je vais rencontrer ces deux représentants du gouvernement fédéral pour leur faire part de mes préoccupations si l'on essaye d'accorder trop de place à la commercialisation, ou à une commercialisation qui serait de mauvais goût ou indiquerait un manque de respect pour la collectivité ou les sports en général. Mais je ne dispose pas d'une majorité à ce conseil.

M. Brewin: Mais vous avez 50 millions de dollars. Il me semble que, si vous avez des négociations en cours au sujet des Jeux du Commonwealth de Victoria, il serait tout à fait approprié de soulever cette question à un moment donné.

M. Danis: Nous ne l'avons pas encore fait, mais, à un moment donné, nous allons probablement incorporer à l'entente sur le financement une disposition concernant la commercialisation, comme nous le faisons pour les services bilingues, entre autres. Pour le moment, notre politique consiste à demander à nos représentants au conseil d'administration de s'assurer. . .

M. Brewin: Avez-vous également envisagé d'exiger l'adoption d'une politique de salaires équitables? Une partie des fonds servira à construire des installations. Avez-vous pensé à une politique de salaires équitables, qui exigerait des entrepreneurs que leurs soumissions tiennent compte d'une norme salariale raisonnable—et il y a différentes façons d'exprimer cette norme—respectant le principe général de la «rémunération équitable»?

M. Danis: Nous ne l'avons pas fait. Je ne l'ai certainement pas fait là où. . . Le seul dossier dont je me suis occupé, et que j'ai d'ailleurs ouvert, c'est celui de Toronto. Mais je suis tout à fait disposé à examiner cette question. Toutefois, dès que l'on parle de salaires équitables il faut tenir compte de la compétence provinciale.

M. Brewin: Nous pourrions peut-être suivre cette question. Mais, franchement, je répète que ces 50 millions de dollars vous confèrent une certaine influence à ce sujet, me semble-t-il.

M. Danis: Sans aucun doute. Dans l'entente de financement, ce que nous devons faire—et je suis d'accord avec vous. . .

M. Brewin: Et qui plus est, à mon avis, vous devriez utiliser cette entente pour vous assurer que certains de ces principes sont respectés. Il ne faut pas en abuser, mais c'est quelque chose que vous pouvez utiliser en tenant compte de vos partenaires.

En ce qui concerne l'enquête Dubin, pouvez-vous nous confirmer ici ce que je crois être votre position, à savoir que le rapport Dubin sera renvoyé au sous-comité de notre comité sur la condition physique et le sport amateur pour que nous puissions l'examiner et vous présenter des suggestions concernant ses recommandations.

M. Danis: J'ai l'intention de respecter l'engagement pris par mon prédécesseur à ce sujet. Le ministre a changé, mais la politique demeure la même.

M. Brewin: Parfait. Pouvez-vous nous parler un peu plus de vos projets, de vos hypothèses de départ? Vous allez recevoir le rapport Dubin dans un très proche avenir; avez-vous l'intention de le rendre public immédiatement après l'avoir reçu? Quel engagement pouvez-vous prendre à ce sujet?

[Text]

Mr. Danis: I would not like to make a commitment today without having read the report. I have looked at different options. We may answer, for instance, the whole or part of it within different periods of time. So it is something I am working at, and it is something I will be consulting with Dr. Cole's committee on, of which you are a member, sir, before I make a decision on that. But I can tell the committee it is going to be soon.

Mr. Brewin: Does "soon" mean before the end of June?

Mr. Danis: I do not know, but I expect it would be before the end of June.

Mr. Brewin: That is when it gets into your hands, and it may be some time after that it is going to be made public. You will not make it public on June 23, will you, Mr. Minister?

Mr. Danis: We have too many things going on on June 23 already.

Mr. Brewin: That is right.

On the question of dollars, you have confirmed the fact that for practical purposes there is now less money than there has been, and you used the expression that we are going to have to learn to do more with less. First, how can you justify the reduction in available dollars when other government programs actually get an increase, or at least keep pace with inflation? I think we all feel Fitness and Amateur Sport is a very valuable national program, and you have expressed one aspect of that very eloquently. How do you justify a reduction when other government programs go up?

• 1110

Second, would you say it is a fair test of a minister as to his effectiveness as to the level of funding? If there is a need for more funding, is it not a fair test for a minister? You do not have to pass this time around, but when you come back a year from now or two years from now, would you be willing to accept that as a test of your effectiveness in getting money for Fitness and Amateur Sport, which is a very important program in this country and is going to need more funds to do the job and to fulfil the potential that is there?

Mr. Danis: Mr. Brewin, you are aware as much as I am that the government is pursuing a policy of fiscal restraint and many departments have had cut-backs, many programs have been cut back in many departments. Some ministers have had to answer questions in the House on that a substantial number of times, as you know.

The amounts that we have are basically the same in real dollars through 1988-89, 1989-90 and 1990-91. These are the estimates that we have here. Now, other things could come about. A few weeks ago, for instance, we gave \$2 million for

[Translation]

M. Danis: Je ne voudrais pas me prononcer aujourd'hui et m'engager sans avoir lu le rapport. J'ai examiné plusieurs possibilités. Nous pouvons réagir, par exemple, à la totalité du rapport ou à certaines parties de celui-ci à différentes dates. C'est une question que j'étudie, donc, et au sujet de laquelle je me mettrais en rapport avec le comité de M. Cole, dont vous faites partie, monsieur, avant de prendre une décision. Je peux toutefois assurer le comité que cette décision sera prise dans un proche avenir.

M. Brewin: Est-ce que «proche avenir» veut dire avant la fin juin?

M. Danis: Je ne le sais pas, mais je pense que ce serait avant la fin juin.

M. Brewin: C'est alors que vous allez le recevoir, et il pourrait ensuite s'écouler un certain temps avant que vous ne le rendiez public. Auriez-vous l'intention de le rendre public le 23 juin, monsieur le ministre?

M. Danis: Il y a déjà trop de choses qui doivent avoir lieu le 23 juin.

M. Brewin: C'est exact.

En ce qui concerne le budget, vous avez confirmé qu'à toutes fins utiles vous disposez maintenant de moins d'argent que dans le passé et vous avez utilisé l'expression: apprendre à en faire plus avec moins. Tout d'abord, comment pouvez-vous justifier une réduction des fonds disponibles alors que d'autres programmes du gouvernement voient leur budget augmenter, ou tout au moins progresser au même taux que l'inflation? Il me semble que nous pensons tous que la Condition physique et le Sport amateur constituent un programme national très valable et vous avez présenté fort éloquemment l'un de ses aspects. Comment pouvez-vous justifier une réduction de son budget alors que d'autres programmes du gouvernement bénéficient d'une augmentation?

Deuxièmement, pensez-vous qu'il soit juste de dire que l'efficacité d'un ministre est fonction du niveau de financement qu'il obtient? Si des fonds supplémentaires sont nécessaires, le fait de les obtenir ou non n'est-il pas une façon équitable de juger un ministre? Vous n'avez pas à subir cette épreuve cette fois-ci, mais quand vous reviendrez, dans un an ou deux, accepteriez-vous que votre efficacité soit jugée en fonction du budget que vous pourriez obtenir pour la Condition physique et le Sport amateur, programme très important pour le pays et qui aura besoin de plus d'argent pour faire son travail et utiliser tout le potentiel qui existe?

M. Danis: Monsieur Brewin, vous savez tout aussi bien que moi que le gouvernement a adopté une politique de contraintes budgétaires et que bon nombre de ministères ont vu leur budget réduit, et d'autre part que bon nombre de programmes au sein des ministères ont subi des coupures. Comme vous le savez, certains ministres ont dû répondre à maintes reprises à des questions posées en Chambre à ce sujet.

En dollars constants, notre budget est demeuré essentiellement au même niveau en 1988-1989, 1989-1990 et 1990-1991. Vous le voyez dans le budget des dépenses qui est devant vous. Par ailleurs, d'autres événements pourraient se

[Texte]

the Nordic Games in Thunder Bay for their bid. I am very happy to report, as you must know, that Thunder Bay was chosen as the site. So even though I would obviously always like to have increases in the departments I hold, the amount that we have here I notice has not been cut back; it is the same amount.

When I went to Treasury Board about a month ago for money for Thunder Bay, I was well received by Treasury Board and we did get the \$2 million for Thunder Bay. I would love to go back to Treasury Board for Toronto, and if we do get the bid—and we are going to work like hell to get the bid for Toronto—I am hopeful that my request to Treasury Board will be successful.

So I do not share in your sense of pessimism with regard to the budgets of Fitness and Amateur Sport. I am very happy with it. It would have been different had I received a no for the Toronto bid and the Thunder Bay games, but it has gone very well so far. I expect it to continue that way. If not, I will get back to you.

Mr. Brewin: Or I will get back to you. One of the two.

Mr. Danis: That is quite okay.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Monsieur le ministre, je vous félicite pour la façon dont vous possédez vos dossiers même si vous n'êtes en fonction que depuis quelques mois.

Comme députés, nous sommes continuellement sollicités dans nos comités par des associations locales de jeunes sportifs, de jeunes athlètes. Parfois un petit budget de 1,000\$ à 5,000\$ pourrait faire toute une différence pour une organisation et assurer son succès. Par ailleurs, nous faisons face à des contraintes budgétaires et à la réduction du déficit.

Ne trouvez-vous pas qu'on abuse un peu des fonds pour faire des études de faisabilité de toutes sortes? Je pense par exemple au rapport Campbell que vous avez rendu public il y a quelques semaines et qui a coûté 1 million de dollars. J'ai lu le communiqué de presse attentivement et j'ai sursauté. Tout ce qu'on s'est fait dire, c'est que les citoyens canadiens doivent faire de l'activité physique et être en bonne forme.

• 1115

Aujourd'hui, la mode est à la télévision et aux affiches, mais aussi aux comités d'étude et au Conseil du marketing du sport. Tout cela coûte cher et engloutit des montants qu'il vaudrait peut-être mieux distribuer à nos athlètes. Je mêle un peu les deux ministères. Quels sont vos commentaires à cet égard? Je vous supplie de penser qu'il y a certainement de l'argent qui est perdu à étudier des choses que tout le monde sait. Nos médecins sont là pour nous dire le secret d'une bonne santé.

M. Danis: Madame Bertrand, le montant que nous avons contribué à la confection du rapport Campbell n'était que le tiers du coût. Selon les avis qui nous avaient été fournis, ce rapport était essentiel. Ce rapport ne portait pas seulement sur les sports; il portait sur la santé. C'est pour cela que nous en avons payé le tiers. Le ministère de M. Beatty en a payé un deuxième tiers et la compagnie elle-même a payé l'autre tiers.

[Traduction]

produire. Par exemple, il y a quelques semaines, nous avons donné 2 millions de dollars pour que Thunder Bay puisse présenter sa soumission pour les Jeux nordiques. Je suis très heureux de vous signaler que Thunder Bay a été retenu pour ces jeux, comme vous le savez déjà sans doute. Même s'il est évident que je préférerais toujours voir les budgets de mon portefeuille augmenter, je dois noter que les montants du présent budget n'ont pas été réduits; il s'agit des mêmes sommes.

Quand je me suis présenté devant le Conseil du Trésor, il y a environ un mois pour demander de l'argent pour Thunder Bay, j'ai été bien reçu et j'ai obtenu les 2 millions demandés. Je serais ravi de me présenter à nouveau devant le Conseil du Trésor pour lui soumettre le dossier de Toronto, et si la candidature de cette ville est retenue—et nous allons travailler très dur pour que cela se produise—j'espère que ma demande sera également couronnée de succès.

Je ne partage donc pas votre pessimisme au sujet du budget de la Condition physique et du Sport amateur, j'en suis très satisfait. La situation aurait été différente si j'avais essuyé un refus pour la soumission de Toronto et pour les jeux de Thunder Bay, mais, jusqu'à présent, tout s'est très bien passé. J'espère que cela va continuer, sinon, je vous en reparlerai.

M. Brewin: Ou c'est moi qui vous en reparlerai, l'un ou l'autre.

M. Danis: Aucune objection.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): Minister, I wish to congratulate you for your command of the issues even though you have held your office for only a few months.

As members of Parliament, we receive endless requests from local young athlete associations in our ridings. At times, a small grant of \$1,000 to \$5,000 could make all the difference for an organization and ensure its success. On the other hand, we are confronted with fiscal constraints and deficit reduction issues.

Do you not believe that all these feasibility studies, of all kinds, are something of a misuse of money? For instance, I am thinking of the Campbell Report you made public a few weeks ago, and it cost one million dollars. I read the press release carefully and I was stunned. What it boiled down to was that Canadians must engage in physical activity and keep fit.

The emphasis today is on marketing, TV commercials, billboards and also on task forces and the Sport Marketing Council. These are all very expensive, and use up money that might be better spent supporting our athletes. I may be confusing the two departments. What are your comments on that? Surely, you must see that money is being wasted on studies telling us what we already know. We have doctors who can tell us how to stay healthy.

Mr. Danis: Mrs. Bertrand, our contribution to the Campbell survey represents only a third of the total cost. Based on the advice we were given, the survey had to be carried out. It dealt not only with sports, but with health as well. That is why we agreed to cover a third of its cost. The remaining costs were borne equally by Mr. Beatty's department and by the company itself.

[Text]

Vous dites que l'argent pourrait être possiblement dépensé autrement. Il n'y a pas de doute à cela, mais il faut établir des priorités.

Lorsque M. Brewin a posé sa question tout à l'heure, tout le monde a constaté que nos budgets sont demeurés les mêmes durant les trois dernières années: 74 ou 75 millions de dollars. Même si le taux d'inflation n'est pas très élevé ces temps-ci, cela veut dire que nous avons subi une réduction. Nous ne sommes pas dans une courbe ascendante pour ce qui est du *core budget*. Donc, il nous a fallu rationaliser. Le ministère a fait d'excellents efforts pour arriver à faire davantage avec techniquement moins d'argent qu'auparavant.

Je sais que nous avons des demandes de subvention ou des demandes d'argent de la part d'associations très méritantes. Il n'y a aucun doute là-dessus dans mon esprit. J'ai souvent de ces demandes dans mon comté depuis ma nomination, mais la politique du Ministère, politique que j'appuie, est de donner de l'argent aux associations nationales. S'il nous fallait commencer à donner de l'argent à ces associations locales ou provinciales, qui sont sans doute méritantes, il nous serait vraiment impossible de fonctionner dans le cadre de nos budgets. Si on avait plus d'argent, cela me ferait plaisir de contribuer à ces associations méritantes, mais pour le moment, ce n'est pas possible.

Mme Bertrand: Je comprends, monsieur le ministre, mais les associations nationales répondent à ces organisations locales qu'elles n'ont pas suffisamment d'argent. Elles ne donnent à peu près rien aux associations locales.

Vous parliez du bénévolat tout à l'heure. La semaine dernière, on fêtait les bénévoles d'une petite organisation de hockey Bantam. Il y avait 235 bénévoles dans la petite municipalité qui avaient travaillé simplement pour le tournoi Bantam de l'hiver. Cela est aussi très méritoire.

Je vous supplie d'examiner de plus près les sommes qui sont consacrées à des études. Je pense que vous êtes en train de réévaluer le Conseil du marketing du sport. Ce Conseil a pour but d'aider des organismes nationaux à augmenter leurs revenus de sources non gouvernementales. Vous pouvez tout simplement leur dire: Faites cela; allez-y. Cela ne coûterait rien. Pourquoi dépenser de l'argent pour avoir un Conseil du marketing qui leur dit d'aller trouver de l'argent ailleurs? Je simplifie peut-être beaucoup les choses, mais...

[Translation]

You say that the money could have been better spent elsewhere. There are always other needs, but priorities have to be set.

When Mr. Brewin raised the issue, everyone noted that our budget has not changed in three years, remaining at about \$74 or \$75 million. Even though the rate of inflation is presently low, it still had an eroding effect on our core budget. As a result, we have had to do some streamlining. The Department has worked hard to do more with what can technically be considered less money.

I know that we have received requests for funding from some very worthwhile associations. That is very clear in my mind. The number of requests from my riding have increased since I was appointed, but it is my Department's policy to fund national associations and I support that policy. We would be unable to operate within our budget if we were to fund local or provincial associations, all of which are undoubtedly worthwhile. I would be most happy to grant such funding if funds were available, but that is simply not possible.

Mrs. Bertrand: I understand, Mr. Danis, but what local associations hear from their national counterparts is that there is no money. National associations provide little or no funding to local associations.

You spoke about volunteerism a moment ago. Last week, there was a celebration for the volunteers who worked for a Bantam hockey league. Two hundred and thirty-five local volunteers from a small community were needed to organize the winter Bantam tournament alone. Their work was very worthwhile.

I urge you to take a closer look at the money that is being spent on studies. I think you are reassessing the Sport Marketing Council, whose purpose is to help national organizations increase their income from non-government sources. You could simply tell them: do that; go ahead. It would not cost anything. Why spend money on a Sport Marketing Council that will tell them to look elsewhere for funding. I may be oversimplifying things, but...

• 1120

M. Danis: Votre question est excellente. Dire à quelqu'un d'aller chercher de l'argent dans le secteur privé peut paraître facile, mais c'est difficile. Je le fais depuis trois mois. Par l'entremise de groupes ou de conseils comme celui-là, on tente d'obtenir de l'argent de compagnies, souvent multinationales, qui peuvent se permettre de donner des montants de 50,000\$, par exemple. Hier, à Montréal, American Express a donné 50,000\$; c'est aussi le cas de

Mr. Danis: Your question is a very good one. Telling someone to look for funding in the private sector may seem easy, but it is not. I know because I have been doing just that for three months. Councils and similar organizations can approach large companies such as multinational corporations, that can afford to make contributions in the order of \$50,000, for example, as American Express did in Montreal yesterday. Xerox and Diet Coke have made similar

[Texte]

Xerox et Diet Coke, je pense. C'est long. Je comprends votre question. Vous semblez nous dire: Vous formez un comité ici et un autre comité là, et vous consultez, mais il est difficile de faire autrement, même si je connais la conclusion que je cherche, tout comme vous: on veut que le secteur privé donne de l'argent. On doit le faire d'une façon systématique, par l'entremise de conseils comme celui que nous sommes en train de mettre en place, tout en sachant que l'objectif final est de demander au secteur privé de contribuer. Il me serait difficile de réunir 50 présidents et présidentes de compagnies et de leur dire: Je vous demande 25,000\$ aujourd'hui pour... Remarquez bien qu'on le fait parfois en campagne électorale. On devrait peut-être le faire ici aussi.

Mr. Wilbee (Delta): Welcome to the committee. I would certainly like to congratulate you and your department for your Fitness Week. I have been surprised at the response to it, particularly in the schools in British Columbia, where it really has caught on, and most of the schools have had some special events for it. The biggest complaint I have heard about it is that they were unable to get the supplies—the runners or the buttons or the shirts and hats, and so on—that were suggested. So it has obviously created a great deal of interest.

Some of my questions have already been answered. I would like to amplify a bit.

Mr. Brewin was talking about the Toronto Olympics. Is the Canadian government supporting enthusiastically Toronto's bid for the Olympic Games?

Mr. Danis: You are damn right we are!

Mr. Wilbee: Have you committed dollars to that? In your brief on page 8 in the English version it says:

We also announced that the federal government would examine the possibility of providing a direct financial contribution through non-tax revenue sources.

What does that mean?

Mr. Danis: The first thing is the contributions we have made. We have given \$2.4 million for the bid. The bid will cost in all approximately \$15 million, with \$2.4 million coming from the federal government.

When the IOC gets the bid cities, they have a deadline by which they have to bring in a covenant, a contract, and for that all the cities need the assurances of their national governments that matters like security, immigration, and customs will be taken care of. On behalf of the federal government, I signed the covenant indicating to the IOC that we would pay the full costs of that.

The next question may be, what are they? It is a cost that right now, today, is difficult to evaluate, and it is a cost where if we knew part of it then we would not like to say, for security reasons, because it depends on the security at the time of the Olympics.

• 1125

So that we have done. We have committed ourselves to it. We say we will examine the possibility of a direct financial contribution. That will be done during the course of the summer and be announced before the Tokyo bid on September 18.

[Traduction]

contributions, if I am not mistaken. But such results take time. I understand your concern. You are saying that we are setting up committees here and there and doing consultations. But we have little choice in the matter, even though we know what the findings will be, just as you do: the private sector must be called upon to contribute. We must proceed systematically, via councils like the one we are currently setting up, knowing full well that the final objective will be to ask the private sector for funding. It would be very difficult for me to bring 50 CEOs together to ask them for \$25,000 each for some activity or another, although I know we sometimes do that during an election campaign. Perhaps we should do it for sports as well.

M. Wilbee (Delta): J'aimerais souhaiter la bienvenue au ministre et le féliciter, lui et les fonctionnaires de son ministère pour leur semaine «Canada en forme». J'ai été surpris de l'intérêt que cette semaine a suscité, particulièrement dans les écoles de la Colombie-Britannique. Des activités avaient été prévues dans la plupart des écoles de la province. Malheureusement, elles n'ont pas pu obtenir les dossards, les macarons, les chemises, les casquettes et autres articles qu'on leur avait proposé d'utiliser. La semaine «Canada en forme» a donc suscité un vif intérêt.

Bien qu'on ait déjà répondu à certaines de mes questions, je voudrais tout de même quelques précisions.

M. Brewin a parlé des Jeux olympiques de Toronto. Le gouvernement du Canada appuie-t-il de façon enthousiaste la candidature de Toronto?

M. Danis: Absolument!

M. Wilbee: Y avez-vous engagé des fonds? A la page 8 de la version française de votre mémoire, vous dites:

Nous avons aussi annoncé que le gouvernement fédéral envisagerait la possibilité d'offrir une contribution financière directe par l'intermédiaire de sources de recettes non fiscales.

Qu'entendez-vous par cette phrase?

M. Danis: Il y a d'abord la contribution que nous avons déjà versée, soit 2,4 millions de dollars, pour appuyer la mise en candidature de la ville de Toronto dont le coût total s'élèvera à quelque 15 millions de dollars.

Une fois toutes les candidatures reçues, le CIO a un certain temps pour arrêter son choix et conclure les ententes qui exigent la participation du gouvernement fédéral de la ville hôte relativement aux questions de sécurité, d'immigration et de douanes. J'ai signé l'entente du CIO en vertu de laquelle le gouvernement du Canada s'engage à payer tous les coûts dans ces trois domaines.

À combien s'élèveront ces coûts? Il est très difficile d'évaluer ces coûts maintenant, et même si nous étions en mesure de les calculer en partie, je préférerais ne rien dire car les coûts peuvent varier selon les exigences de sécurité le moment venu.

Nous avons donc fait cela, et nous avons pris des engagements à cet égard. Nous examinerons la possibilité d'une contribution financière directe. Tout cela sera fait au cours de l'été et annoncé avant que Tokyo ne présente sa candidature le 18 septembre.

[Text]

The procedure we are following with regard to the Toronto Olympics and the financial contribution of the federal government is exactly the same as the ones we followed for Montreal and Calgary. We have assured the same services and we give from non-tax-base revenues, which is coins, stamps, the type of program which can bring in a lot of money. So we are in the process of evaluating how much money we could bring in for the 1996 Olympics, and once we have established that we will be in a position to discuss it with the people from Toronto. But everything is on track.

We also have our embassies around the world, all of our missions around the world contacting the 92 voters. This is like a leadership convention, except there are only 92 of them, so you need 46 or 47. So we are going all out to get the bid.

Mr. Wilbee: Good. I think you made that quite clear.

Sport is becoming more and more high-tech in the way of equipment. We are talking about hundredths of seconds in skiing and swimming and track and so on. Does your department have any research funding or do you leave this up to the medical research group? Is there anything in your program that would encourage research and development in the realm of athletics in order to improve performance, improve equipment, getting more and more people involved?

A few years ago aerobics came into fashion. We used to see more injuries from the high-impact aerobics than we probably saw cures of other problems, but this is radically changing.

Mr. Danis: The department has approximately \$1 million for research; physiotherapy, \$34,000; sport medicine, \$29,000; sport science, \$49,000; research for athletic therapists, \$32,000. The bulk of it goes to the Sport Medicine Council, which is close to \$700,000. It is a combination of research and services.

Mr. Wilbee: We recognize that other departments are involved, but I did not know if you had a specific area in your department.

Mme Roy-Arcelin (Ahuntsic): Monsieur le ministre, je tiens à vous féliciter pour votre nomination.

Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu de discuter avec les provinces de la possibilité d'instaurer un programme obligatoire de conditionnement physique dans les écoles? Au Japon, par exemple, on a même établi un tel programme dans les industries. Vous savez que notre population canadienne est de plus en plus victime de maladies cardio-vasculaires dues à des taux de cholestérol très élevés et sans doute à la sédentarité. On est assis dans l'auto, on est assis au travail, on est assis partout. Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen d'organiser un programme quelconque, peut-être avec la collaboration du secteur privé? Il faudrait commencer par les tout jeunes.

[Translation]

Nos préparatifs en vue des Jeux olympiques de Toronto et de la contribution financière du gouvernement fédéral sont exactement les mêmes que ceux que nous avons faits pour Montréal et Calgary. Nous avons assuré les mêmes services, que nous finançons à même un programme de vente des recettes non fiscales, c'est-à-dire de pièces commémoratives et de timbres, programme qui en général nous rapporte beaucoup d'argent. Nous sommes en train de voir combien d'argent nous pouvons recueillir pour les Jeux olympiques de 1996, et lorsque nous saurons ce qu'il en est, nous serons en mesure de discuter de cette question avec les responsables des Jeux, à Toronto. Mais tout est sur la bonne voie.

Dans le monde entier, nos ambassades et nos missions communiquent aussi avec les 92 membres qui voteront pour décider où se tiendront les Jeux. On peut rapprocher cela d'un congrès d'investiture, sauf qu'il n'y a que 92 membres, de sorte qu'il faut obtenir 46 ou 47 voix. Nous faisons donc tout le nécessaire pour que notre candidature soit retenue.

M. Wilbee: Très bien. Je pense que vous nous l'avez dit très clairement.

La technologie de pointe intervient de plus en plus dans l'équipement sportif. Dans le domaine du ski, de la natation et de l'athlétisme, nous parlons de centièmes de seconde. Votre ministère subventionne-t-il la recherche dans ce domaine, ou est-ce que vous la confiez aux groupes de recherche médicale? Votre programme comprend-t-il des subventions pour encourager la recherche et le développement dans le domaine de l'athlétisme afin d'améliorer la performance, l'équipement et de faire participer de plus en plus de sportifs à ces activités?

Il y a quelques années, la gymnastique aérobique est devenue à la mode. La danse aérobique avec sauts a sans doute fait plus de mal que de bien, mais les choses sont en train de changer de façon radicale.

M. Danis: Le ministère consacre environ 1 million de dollars à la recherche; 34,000\$ à la physiothérapie; 29,000\$ à la médecine sportive; 49,000\$ aux sciences du sport; 32,000\$ à la recherche dans le domaine de la thérapie et du sport. Le Conseil de la médecine sportive reçoit la plus grande partie de ces subventions, soit près de 700,000\$ consacrés aussi bien à la recherche qu'aux services.

M. Wilbee: Nous savons que d'autres ministères participent à cet effort, mais j'ignorais que le vôtre s'y consacrait aussi.

Mrs. Roy-Arcelin (Ahuntsic): Mr. Minister, I would like to congratulate you for your appointment.

Would it be possible to discuss with the provinces the possibility of establishing a compulsory program of physical fitness in the schools? In Japan, for example, such a program has even been put in place in industries. You know that the incidence of cardiovascular disease is increasing in the Canadian population because of very high cholesterol levels, and also because of sedentary lifestyles. People are sitting in their car, at work, everywhere. Would it be possible to develop some program, possibly with the collaboration of the private sector? We should start with the very young ones.

[Texte]

[Traduction]

• 1130

Dans un autre ordre d'idées, je connais votre implication très importante au niveau des langues officielles. Je ne sais pas s'il y aura moyen de concilier tout cela avec vos nouvelles fonctions. J'aimerais que vous nous disiez quelques mots sur les langues officielles. À votre ministère, avez-vous une manière quelconque de promouvoir les langues officielles ou le bilinguisme?

M. Danis: Les cours de conditionnement physique ou d'éducation physique dans les écoles, primaires ou secondaires, sont un sujet dont je suis en train de discuter avec le Conseil des ministres des sports provinciaux, j'en ai discuté la semaine dernière lors de ma réunion avec le ministre québécois, M. Blackburn. Dans certaines provinces, c'est le ministre de l'Éducation qui s'occupe de cela, car il n'y a pas de ministre des Sports.

Nous sommes en train de discuter de l'établissement d'un programme de conditionnement physique dans des écoles du pays. Cela doit être fait par consensus. Nous ne devons pas forcer qui que ce soit. Je peux vous dire que les discussions vont très bien. On sera probablement en mesure d'annoncer au mois d'octobre un programme comme celui dont vous parlez.

Pour ce qui est de la question du bilinguisme, nous avons effectivement à notre Ministère un programme de promotion du bilinguisme dans le sport au Canada. Nous avons une directrice du Programme des services bilingues au Ministère. Dans son dernier rapport, le commissaire aux langues officielles a félicité le ministère des Sports pour l'organisation des services français aux Jeux du Canada en 1989.

Nous avons récemment mis sur pied un comité avec les provinces dans lesquelles il y a un pourcentage élevé de francophones, soit le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et l'Ontario. Ce comité travaille actuellement. J'ai discuté avec le ministre Blackburn du Québec jeudi dernier, et il est très satisfait du travail qui a été fait par le comité. Nous devrions avoir bientôt le rapport final de ce comité.

Même si cela fait seulement trois mois que je suis ministre des Sports, je suis extrêmement satisfait du travail qui est fait au sein du Ministère pour promouvoir le bilinguisme.

Mr. Littlechild (Wetaskiwin): I too want to congratulate you on your appointment, Mr. Minister, and echo your thoughts with respect to Mr. Kilger's thoughts on the use of sport for national unity. I think this is an objective that should certainly be set high and sought for.

• 1135

I want to refer you to the estimates, specifically to a couple of references, Mr. Minister. On 2-75, with respect to amateur sport and winter sport development, there is a reference to Sport Canada. It says:

Sport Canada has provided funding and expertise to 10 national sport organizations responsible for winter sport to assist with the promotion and development of such sports as hockey.

I am going to highlight hockey because that is going to be my specific question. The next sentence says:

To move on to another topic, I know that you are very involved in the area of official languages. I do not know how you plan to fit that in with your new duties. Could you tell us a little bit about official languages? What does your Department do to promote official languages or bilingualism?

Mr. Danis: I am currently discussing physical education courses at the elementary and secondary levels with the Council of Provincial Sports Ministers, an issue I also raised at a meeting with the Quebec Minister, Mr. Blackburn. In provinces where there is no Sports Minister, physical education is the responsibility of the Minister of Education.

I would like to set up a national physical education program, for which I need their consent. I do not want to strong-arm anyone. I can say that our discussions are proceeding well and that we should be in a position to announce a program such as the one you describe in October.

In the area of bilingualism, my Department does, in fact, have a program to promote bilingualism in Canadian sport and a Bilingual Services Program, which is headed by a woman. In his last report, the Commissioner of Official Languages commended Fitness and Amateur Sport for its work in organizing French services for the 1989 Canada Games.

We have recently set up a joint committee with the provinces in which there is a large francophone population, that is, Manitoba, New Brunswick and Ontario. When I met with the Minister from Quebec, Mr. Blackburn, last Thursday, he indicated that he was very satisfied with the work done by the joint committee, which should be handing in its final report shortly.

Even if I have been Minister for Sport for only three months, I can say that I am very satisfied with the work my Department is doing to promote bilingualism.

M. Littlechild (Wetaskiwin): Je tiens également à féliciter le ministre pour sa récente nomination et je me joins à lui et à M. Kilger pour dire que le sport peut aider à unifier le pays. Il nous faut établir un objectif en ce sens, puis chercher à l'atteindre.

Je voudrais vous renvoyer au budget des dépenses et en particulier à certains passages, monsieur le ministre. À la page 2-86, en ce qui concerne le sport amateur et le développement des sports d'hiver, il est question de Sport Canada. Je cite:

Sport Canada a apporté une aide financière et professionnelle à 10 organismes nationaux de sport responsables de sports d'hiver afin de les aider à promouvoir et à développer des sports comme le hockey.

Je vais souligner le hockey, parce que c'est là-dessus que portera ma question. Voici la phrase suivante:

[Text]

The number of participants in these sports has increased.

With special reference to hockey, I would like to know whether the numbers have increased or decreased. What other physical activities in which youth are developing fitness and overall health are being encouraged? What are the levels of funding for those sports? First of all, hockey: is it increasing or decreasing?

Mr. Danis: Hockey has decreased.

Mr. Littlechild: So that reference is inaccurate, the reference to increasing participation.

Mr. Danis: There has been a slight decrease in hockey. I was told that in Quebec, the city of Laval, which is the third largest city in the province, for the first time this year there are more kids registered in the soccer program than the hockey program.

Mr. Littlechild: Are there other sports in which there is a new trend of increase, a substantial increase as in soccer? Are there others?

Mr. Makosky: With the exception perhaps of hockey, most sports in Canada are generally increasing. More substantive increases would be in soccer, gymnastics, swimming, and some of the team sports like basketball and volleyball. Those are the ones that come to mind, I think.

Mr. Littlechild: When you were responding to Dr. Willbee's question with respect to research, you mentioned some areas that are focused on. I wanted to ask about one you did not mention: sports psychology. Is there a concentration of effort in the sports psychology area in research?

Mr. Danis: We have a research program with sports psychology. But I will have to get back to you with the exact amount shown on it.

Mr. Littlechild: You referred to six blueprints that had been done for action. I am wondering if you would entertain a suggestion that perhaps one ought to be done for native participation in sport.

Mr. Danis: With regard to natives in sport, we have not had initiatives since 1970. It is something we will certainly look at. The programs, especially for status Indians on reserves, are the responsibility of the Minister of Indian and Northern Affairs, but I am certainly agreeable to looking into a blueprint to see what we can do in that area.

Mr. Littlechild: The problem is that when we deal with native people in sport, there is a pingpong ball that is created. We are bounced back and forth from Indian Affairs to Fitness and Amateur Sport. One group will say this is dealing with sport. The other will say this is dealing with Indians. At some point there has to be an initiative by one or the other to have a specific emphasis on sport development for native people. I know you referred to going quite happily to Treasury Board for Thunder Bay, and I am wondering if you might want to go back to Treasury Board with equal vim and vigour for native people for funding for sport.

[Translation]

Le nombre des participants dans ces sports s'est accru.

Je voudrais savoir si le nombre de ceux qui participent au hockey a augmenté ou diminué. Quelles autres activités physiques encouragez-vous, je veux parler de celles qui permettent aux jeunes d'améliorer leur santé de façon générale et leur condition physique? Quels sont les niveaux de financement de ces sports? Tout d'abord, le nombre de ceux qui s'adonnent au hockey a-t-il augmenté ou diminué?

M. Danis: Il a diminué pour le hockey.

M. Littlechild: Ce que vous dites donc au sujet d'une participation accrue n'est pas exact.

M. Danis: Il y a eu une légère diminution en ce qui concerne le hockey. On m'a dit que dans la ville de Laval, au Québec, qui est la troisième plus grande ville de la province, pour la première fois cette année il y a eu plus d'enfants inscrits à des programmes de soccer qu'à des programmes de hockey.

M. Littlechild: Un nouvel intérêt se manifeste-t-il pour d'autres sports dont le nombre de participants aurait beaucoup augmenté, comme dans le cas du soccer?

M. Makosky: Peut-être à l'exception du hockey au Canada, le nombre de participants à la plupart des sports augmente de façon générale, et surtout pour ce qui est du soccer, de la gymnastique, de la natation, et de certains des sports d'équipe comme le basketball et le volleyball. Ce sont ceux en tout cas qui me viennent à l'esprit.

M. Littlechild: Lorsque vous avez répondu à la question de M. Willbee au sujet de la recherche, vous avez mentionné certains domaines auxquels on s'intéresse en particulier. Vous n'avez toutefois pas parlé de la psychologie des sports, et j'aimerais savoir si la recherche porte aussi sur ce domaine.

M. Danis: Nous avons un programme de recherche sur cette discipline. Mais je vous ferai connaître de façon précise les budgets qui y sont consacrés.

M. Littlechild: Vous avez mentionné six initiatives favorisant l'activité physique. Ne faudrait-il pas envisager un programme afin d'encourager la participation des autochtones au sport?

M. Danis: Nous n'avons rien prévu à cet égard depuis 1970. C'est certainement quelque chose qu'il faudrait examiner. De tels programmes, en particulier ceux qui concernent les Indiens inscrits vivant dans les réserves, relèveraient du ministère des Affaires indiennes et du Nord, mais je suis tout à fait disposé à me pencher sur un plan détaillé pour voir ce que je peux faire dans ce domaine.

M. Littlechild: On peut comparer la situation des autochtones et du sport au mouvement de va et vient d'une balle de ping-pong, va et vient entre les Affaires indiennes et le Sport amateur et la Condition physique. Un groupe dit qu'il s'occupe des sports et l'autre des Indiens. À un moment donné, l'un ou l'autre devra mettre en place une initiative pour assurer la promotion des sports parmi les autochtones. Je sais que vous avez dit avoir été très heureux de vous adresser au Conseil du Trésor au nom de Thunder Bay, et j'aimerais savoir si vous seriez disposé à lui demander avec autant d'enthousiasme des subventions pour favoriser la participation des autochtones à la vie sportive.

[Texte]

• 1140

Mr. Danis: I see Dr. Cole here. Members of the committee, I would certainly be agreeable to have a discussion on the issue, not only with me and you present, but also if the Minister of Indian Affairs would be agreeable, or someone from the department at the deputy minister level, to look into the issue that you are raising. I certainly would be agreeable to that if Dr. Cole is.

Mr. Littlechild: I appreciate that very much, Mr. Minister and Mr. Chairman, because we have the same concerns with respect to health and overall physical fitness and nutrition for our people. I think it has been a part that has been lagging behind that we would like to catch up on and be a contributor as well.

Mr. Danis: Very well.

Mr. Brewin: Mr. Chairman, there are a couple of areas I would like to follow up on. First, in the area of international co-operation, I first congratulate you for the programs that are coming under that heading. There are a number of important initiatives.

First, I ask you to confirm what I would expect to be the policy of the government in the sports area, as it is in others in respect of South Africa, and that is that so far there has not been sufficient real change in South Africa to justify a change in Canadian policy.

Canadian policy with respect to sports has been very good on the whole and very effective and an important element in Canadian policy. I hope you are able to reaffirm that this will continue in place until there is some specific concrete change in South Africa, and that the policy will only be changed as the Canadian government as a whole makes some changes in its policy and there is real progress in South Africa.

Mr. Danis: Definitely, Mr. Brewin, there has been no change in the policy, which you know quite well, and it is certainly not my intention to do so. The policy will continue until there is more than substantial change in that country.

Mr. Brewin: I appreciate your remarks on that. The Canadian representative on the Commonwealth working group that was being established, which is looking into hosting sports development assistance, financial aspects of Commonwealth Games, British political problems and other important issues, is Roy McMurtry.

My question is really: in his participation on that committee, is Mr. McMurtry going to be reflecting Canadian government policy? Assuming he is, who essentially gives him his instructions in this area? Is it External Affairs and Mr. Clark, or is it you and your department? In a sense, to whom is Mr. McMurtry accountable on a policy basis?

Mr. Danis: The initiative on this was External Affairs, but with regard to policy it will have to be a co-operative approach between both departments, External Affairs and Sports.

[Traduction]

M. Danis: Je vois que M. Cole est ici. Membres du comité, je suis tout à fait disposé à discuter de cette question, et pas seulement en petit comité; nous pourrions l'examiner avec le ministre des Affaires indiennes, s'il le souhaite, ou avec quelqu'un du ministère, au niveau du sous-ministre. Si M. Cole est d'accord, je pense que ce serait une bonne solution.

M. Littlechild: Je vous en remercie beaucoup, monsieur le ministre et monsieur le président, car nous avons aussi pour notre peuple des préoccupations semblables aux vôtres dans le domaine de la santé, de la condition physique et de la nutrition en général. Je pense que nous avons accumulé bien des retards que nous voudrions rattraper afin de participer activement à ce secteur.

M. Danis: Très bien.

M. Brewin: Monsieur le président, je voudrais poser quelques questions à la suite de ce que l'on a déjà dit. Tout d'abord, dans le domaine de la coopération internationale, je voudrais vous féliciter des programmes figurant sous cette rubrique. J'y vois un certain nombre d'initiatives importantes.

Tout d'abord, je voudrais vous demander de confirmer la position que semblent avoir adoptée notre gouvernement et ceux d'autres pays envers l'Afrique du Sud, dans le domaine des sports, position selon laquelle le gouvernement de Pretoria n'a pas apporté suffisamment de changements réels pour justifier une modification de la politique du Canada.

Dans l'ensemble, la politique canadienne en matière de sport a été très valable et très efficace tout en étant un élément important de toute notre politique. J'espère que vous pourrez affirmer de nouveau qu'elle continuera à s'appliquer tant que l'Afrique du Sud n'aura pas apporté des changements réels face au régime, et que cette politique ne sera modifiée que si, de façon générale, le gouvernement du Canada apporte certains changements à sa politique, et que l'Afrique du Sud fait des progrès réels.

M. Danis: Monsieur Brewin, je peux vous affirmer que la politique n'a été nullement modifiée, ce que vous savez fort bien, et je n'ai d'ailleurs pas l'intention de la modifier. Elle continuera à s'appliquer tant que d'importants changements ne seront pas apportés dans ce pays.

M. Brewin: Je vous remercie de ces observations. Le représentant du Canada au groupe de travail sur le Commonwealth qui a été créé et qui examine l'aide à la promotion des sports, les aspects financiers des Jeux du Commonwealth, les problèmes politiques en Grande-Bretagne, et d'autres importantes questions, est M. Roy McMurtry.

En fait, je voudrais vous poser la question suivante: en siégeant à ce comité, M. McMurtry va-t-il représenter le gouvernement canadien et sa politique? En supposant que ce soit le cas, qui lui donne des instructions à ce sujet? Les Affaires extérieures et M. Clark, ou vous et votre ministère? D'une certaine façon, de qui M. Murtry relève-t-il pour ce qui est des politiques?

M. Danis: Les Affaires extérieures avaient pris cette initiative, mais en matière de politique, il faudra qu'il y ait une approche concertée entre les deux ministères, les Affaires extérieures et les Sports.

[Text]

Mr. Brewin: Can you bring us up to date on the Commonwealth sports development initiative? This was an important initiative. If I can be parochial at least once more today, it had its origins in Victoria and it seems to be a very useful and good program. Can you tell us where that stands at this stage, please?

Mr. Danis: The group headed by Mr. McMurtry is looking into that right now, and we would expect to have the report. . . I do not want to mislead you.

Mr. Brewin: The specific question I want to focus on is, to what extent is this still merely an idea, or are there some particular initiatives that Canada is taking, even on a bilateral basis, to encourage the development of sport within the Commonwealth?

• 1145

Mr. Danis: We are doing some of our own work on that, but I think it is too early. I cannot answer your question today. They are meeting May 29 and 30 in London, and I would expect to have a report shortly from them.

Mr. Brewin: Perhaps you could ask Mr. Makosky to prepare a short report for members of this committee on that and forward it to the committee. I know we are interested.

I have one question in another area, which will completely breach your earlier admonition, but I am going to try to get away with it anyway. It is in the area of athletes and the conditions for athletes. I am very pleased to hear you say and note also in the budget documents that there is a study now under way on the social and economic conditions for athletes. First, who is doing this study? Is it entirely internal or are there others? Second, is there any formal process of consultation, including with athletes and others who have expressed themselves in the field? Third, at what stage is that, and when can we anticipate some public discussion?

I also want to throw in this. Will you be encouraging the study to review the Athlete Assistance Program, which has effectively been frozen for 10 years? Further, will you ask the study to take a look at the concept of a bill of rights for athletes? In some respects, athletes are effectively employees, but they do not have any collective bargaining rights. They have almost no rights when it comes to being de-selected from a team, or disciplined, and it seems to me that there is an area for taking a really hard look at what protections athletes need in terms of their conditions.

Mr. Danis: With regard to the status of the athlete study, it is being done by an outside firm by the name of EKOS. It is the same firm that was hired by the government to do the "status of the artist" study.

When you say, sir, that athletes have no rights or mechanisms of appeal, in a sense, or that type of thing, I am very sensitive to that because I had the opportunity to chair a commission of inquiry at Concordia University in Montreal in

[Translation]

M. Brewin: Pouvez-vous nous dire ce qu'il en est de l'initiative du Commonwealth sur la promotion des sports? C'était quelque chose d'important. Si je peux me permettre encore une fois aujourd'hui d'avoir l'esprit de clôcher, permettez-moi de dire que cette initiative a été adoptée à Victoria et que le programme semble être fort utile et très valable. Pouvez-vous nous dire où en sont les choses actuellement, s'il vous plaît?

M. Danis: Le groupe que préside M. McMurtry est en train d'examiner maintenant cette question, et nous nous attendons à ce que le rapport. . . Mais je ne veux pas vous induire en erreur.

M. Brewin: J'aimerais savoir s'il s'agit seulement d'une idée ou si le Canada a pris certaines initiatives précises, ne serait-ce que sur une base bilatérale, afin d'encourager la promotion des sports au sein du Commonwealth?

M. Danis: Nous y travaillons aussi, mais il est trop tôt pour en parler, et je ne peux donc pas répondre à votre question aujourd'hui. Les membres du groupe vont se réunir les 29 et 30 mai à Londres, et je m'attends à ce qu'ils m'envoient sous peu leur rapport.

M. Brewin: Vous pourriez peut-être demander à M. Makosky d'envoyer au comité un bref rapport à l'intention de ses membres. Je sais que cette question nous intéresse.

Je voudrais parler maintenant d'une autre question, malgré la mise en garde que vous faisiez tout à l'heure, et dont je me permettrai de ne pas tenir compte. Il s'agit de la situation des athlètes. Je suis très heureux de vous entendre dire, comme l'indiquent aussi les documents budgétaires, qu'une étude est en cours sur la situation économique et sociale des athlètes. J'aimerais savoir tout d'abord qui est en train de faire cette étude, et si elle a été confiée uniquement au ministère ou à des gens de l'extérieur aussi. Deuxièmement, a-t-on prévu un processus formel de consultation en particulier avec des athlètes et d'autres personnes qui ont exprimé leurs opinions dans ce domaine? Troisièmement, où en est cette étude, et quand prévoit-on la possibilité de discussions avec le public?

Je voudrais vous poser une autre question: allez-vous encourager les auteurs de cette étude à examiner le Programme d'aide aux athlètes, qui est effectivement gelé depuis 10 ans? En outre, allez-vous demander aux responsables de cette étude d'examiner la possibilité d'une déclaration des droits des athlètes? À bien des égards, ces gens sont employés, alors qu'ils ne possèdent pas de droits à la négociation collective. Ils n'ont pratiquement aucun droits lorsqu'ils leur arrivent d'être rejetés d'une équipe ou de faire l'objet de mesures disciplinaires, et il me semble qu'il faudrait examiner très sérieusement de quelle protection les athlètes ont besoin par rapport à leurs conditions de travail.

M. Danis: C'est une firme extérieure au gouvernement, EKOS, qui fait cette étude sur la situation des athlètes. C'est la même firme que celle qu'a engagée le gouvernement pour l'étude sur la situation des artistes.

Lorsque vous dites, monsieur, que les athlètes ne possèdent ni droits ni mécanismes d'appel, par exemple, je suis très sensible à cette question, car il m'est arrivé de présider une commission d'enquête à l'université Concordia,

[Texte]

the late 1970s on that problem of athletes. I have been here three months now, and we are looking into a possible system—I am just throwing out an idea here—maybe like an ombudsman, that type of thing. I plan to make my views public on that within the next few months, at the same time as I make my response to Dubin and the task force, and when I make my views public on what I would call the future of sport. That is one part of the problem that I must address, and I certainly intend to address it.

Mr. Brewin: Will there be any public consultation? Have you directed EKOS to consult within the sports community on this?

Mr. Danis: Yes, they will be consulting.

• 1150

Mr. Kilger: I would like to follow up on Mr. Littlechild's comments with regard to native sports. Certainly he has expressed those interests with a great deal of sincerity and passion, I would say, at the subcommittee meetings he has attended. I see what has happened to, if not the first, the original sport, which has been often commonly referred to as the national sport in Canada, the game of lacrosse. I can see where people like Mr. Littlechild would have serious anxieties about native sports and how they have been treated or otherwise, particularly of late when their group of lacrosse players are going to represent Canada at world championships in Australia. I do not know if the level of funding has been set yet, but certainly it would appear that they are going to have to raise a good amount of those moneys themselves to represent Canada in the national sport of Canada. I find that regrettable. However, I will just leave that comment, because I know I have only a little bit of time.

I wonder if Mr. Makosky and his department could provide me and possibly other members of this committee and the subcommittee on fitness and amateur sport with some criteria for determining how funding is given to national sporting organizations. I guess when I go over the annual report and see the amounts, offhand I find them inconsistent. Possibly it is because I am not aware of what the criteria are, the factors that come into it: the levels of participation, the medals, Olympic versus non-Olympic sports. There are others. Certainly I would like some documentation regarding that.

Last, my colleague Mr. Brewin has already referred to the study regarding athletes. There is one other one referring to the estimates on page 227. Very briefly, under the heading of Fitness and Amateur Sport, we state on one line: "Program evaluations are currently under way for both Fitness Canada and Sport Canada". I was wondering if the minister could tell this committee who is conducting this study, whether it is Sport Canada or a private business, and whether this evaluation would include all the programs administered by Fitness Canada and Sport Canada. If not, which ones are being evaluated and why?

[Traduction]

de Montréal, à la fin des années 70, sur le problème des athlètes, justement. Je suis dans ce ministère depuis trois mois maintenant, et nous examinons un système possible—je ne fais que vous proposer une idée—peut-être un ombudsman par exemple. Je me propose de présenter ces idées au public dans les quelques mois à venir, en même temps que je présenterai ma réponse à la commission Dubin; à ce moment-là, j'exposerai au public ma façon de concevoir l'avenir des sports. C'est un des aspects du problème sur lequel je dois me pencher, et j'ai certainement l'intention de le faire.

M. Brewin: Y aura-t-il des consultations du public? Avez-vous demandé à la firme EKOS d'avoir des consultations sur cette question avec le milieu sportif?

M. Danis: Oui, on consultera les milieux intéressés.

M. Kilger: J'aimerais aborder à nouveau une question soulevée par M. Littlechild au sujet des sports autochtones. Je dirais qu'aux séances du sous-comité auxquelles il a assisté, c'est avec beaucoup de sincérité et de passion qu'il a exprimé son intérêt pour la question. Je constate ce qui est arrivé au jeu de lacrosse, qui a été l'un des premiers sinon le premier sport au Canada, que l'on appelle communément le sport national du Canada. Je peux comprendre pourquoi des gens comme M. Littlechild ont de sérieuses inquiétudes au sujet des sports autochtones et de la façon dont ils ont été traités, particulièrement lorsqu'on sait que leur équipe de lacrosse représentera le Canada aux championnats mondiaux en Australie. Je ne sais pas si le niveau de financement a déjà été établi, mais il semble qu'ils devront trouver eux-mêmes une bonne partie des fonds nécessaires pour aller représenter le sport national du Canada à ces championnats. Je trouve cela regrettable. Comme je n'ai pas beaucoup de temps, je me contenterai de faire cette observation.

Monsieur Makosky et son ministère pourraient-ils me dire ainsi qu'à d'autres membres de notre comité et du sous-comité sur la condition physique et le sport amateur quels sont les critères pour déterminer le niveau de financement accordé aux divers organismes de sports nationaux? Si je regarde les montants cités dans le rapport annuel, à première vue, je les trouve peu conséquents. C'est peut-être parce que je ne connais pas les critères, les facteurs qui entrent en ligne de compte: les niveaux de participation, les médailles, les sports olympiques par rapport aux sports non olympiques. Il y en a d'autres. J'aimerais avoir de la documentation à ce sujet.

Enfin, mon collègue M. Brewin a déjà parlé de l'étude concernant les athlètes. À la page 2-32 du budget des dépenses, on fait allusion à une autre étude. Très brièvement, sous la rubrique condition physique et sport amateur, on peut lire: «Des évaluations de programmes sont actuellement en cours tant pour Condition physique Canada que pour Sport Canada». Le ministre peut-il dire à notre comité qui effectue cette étude, Sport Canada ou une entreprise privée, et si cette évaluation vise tous les programmes administrés par Condition physique Canada et Sport Canada? Si ce n'est pas le cas, quels programmes sont évalués et pourquoi?

[Text]

Mr. Danis: I understand all the programs are being evaluated now by the audit division of Health and Welfare Canada. When the report is done, I will make sure members of the subcommittee have it.

I will ask Mr. Makosky to answer your first question.

Mr. Makosky: Mr. Kilger, the criteria for funding national sport organizations are somewhat complex, but in simple terms they start with probably about three or four major factors.

The first factor has to do with the nature of the sport's performance internationally. That is measured by its placement of athletes in significant games and the placement of those athletes in top 8 and top 16 finishes. One looks, by scanning the horizon over a period of time at major international events and competitions, for the depth of excellence and the depth of performance in that sport. That gives a measure of its high potential in high-performance sport. That in part gives it a criterion for funding: those aspects called high performance.

Another criterion for funding is the size of the sport in Canada, which is simply measured on the number of registered participants throughout the country. There are some minimum criteria to enter into these categories, which have to do with the number of provinces the sport must be in, etc., in order to satisfy the criterion to be considered a national sport body. Having met that criterion, it then demonstrates its performance in high performance by international performance and its ability to attract large numbers, or whatever numbers of Canadians, by registered participants. Those factors give it a kind of ranking, what we call "the sport recognition system", of which there are five categories.

The five categories have an influence on the funding, but not a total influence on the funding. Some things it does influence. For instance, for the funding for national coach salaries we have a grid system. The funding for the national coach salaries will be more at a top-level sport that is ranked at the first level internationally than at a third or fourth level. Both will get substantial funding; one will get more. There are some categories of our funding in which this recognition system is influenced by your ranking. However, other categories of our general support will not be influenced.

• 1155

A lot of the general support we provide is based on the need and size of the sport. For instance, the reason you see changes in numbers is because a soccer team may consist of 23 players, a swimming team may consist of 44 players, and a women's handball team may consist of 13. The cost of sending those different-sized teams overseas to competitions is going to vary. As well, the requirement of a sport to participate in international competitions will vary from year to year. Sports have different years in which they have world championships and they have different competitive programs.

[Translation]

M. Danis: Je crois comprendre que la Division de la vérification de Santé et Bien-Être Canada procède à l'évaluation de tous les programmes. Lorsque le rapport sera terminé, je veillerai à ce que les membres du sous-comité le reçoivent.

Je demanderais à M. Makosky de répondre à votre première question.

M. Makosky: Monsieur Kilger, les critères de financement des organismes nationaux de sport sont assez complexes, mais ils tiennent compte de trois ou quatre principaux facteurs.

Le premier facteur concerne la performance de ce sport à l'échelle internationale. Cette performance est mesurée selon le classement des athlètes lors des jeux importants et le nombre de ces athlètes qui se classent parmi les huit ou les seize premiers. On cherche à déterminer quel a été le degré d'excellence et de performance des athlètes dans un sport en particulier au cours d'une certaine période lors des principales compétitions et événements internationaux. Cela permet de mesurer le degré de performance dans un sport d'élite. L'un des critères de financement est donc ce que l'on appelle la haute performance.

Un autre critère de financement est l'importance du sport au Canada, qui se mesure tout simplement selon le nombre de participants inscrits au pays. Il existe certains critères minimum qu'il faut respecter, par exemple le nombre de provinces où ce sport est pratiqué, etc., avant qu'une association puisse être considérée comme un organisme de sport national. Après avoir satisfait à ce critère, il faut ensuite démontrer son haut niveau de performance à l'échelle internationale et sa capacité d'attirer suffisamment de participants inscrits. Ces facteurs lui donnent un certain classement, selon ce que nous appelons le «système de reconnaissance des sports» qui se divise en cinq catégories.

Les cinq catégories ont une influence sur le financement, mais cette influence n'est pas totale. Elles influencent certaines choses. Par exemple, pour le financement des salaires des entraîneurs nationaux, nous avons une grille. Ainsi, le niveau de financement des salaires des entraîneurs nationaux est plus élevé pour un sport très coté, c'est-à-dire de premier niveau à l'échelle internationale que pour un sport de troisième ou de quatrième niveau. Dans les deux cas, le financement est important; mais il sera plus élevé dans un cas que dans l'autre. Dans certains cas, ce système de reconnaissance est influencé par le classement, et cela se répercute sur le financement. Cependant, d'autres catégories ne seront pas influencées de la même façon.

Une bonne partie du financement général que nous assurons dépend des besoins et de l'importance du sport. Par exemple, la raison pour laquelle les chiffres ne sont pas les mêmes, c'est qu'une équipe de soccer peut compter 23 joueurs, une équipe de natation 44 et une équipe féminine de handball, 13. Le coût des déplacements à l'étranger des différentes équipes qui participent à des compétitions varie. En outre, la nécessité pour un sport de participer à des compétitions internationales varie d'une année à l'autre. Les championnats mondiaux et les programmes de compétition n'ont pas tous lieu la même année pour les différents sports.

[Texte]

So the nature of the sport, the size of the team, whether it is composed of both men and women, whether it is individual or a team, the number of competitions they are required or wish to undertake internationally in order to qualify for world championships or the Olympics—all influence the activity demand of the sport. By and large, we respond to those activity demands according to those characteristics.

So you can get strange things happening where a sport might be ranked highly yet it receives only a modest amount or even less than a sport that is ranked somewhat lower, because the latter sport has a much higher activity level that year and has a much larger number of athletes who need to be funded when they travel.

When all those factors come together you have fairness by virtue of the sport recognition, because it looks honestly at performance internationally and performance domestically on numbers. You have equitable treatment because you look at the need based on the activity demands and size of the sport.

To a certain degree we make assessments on a subjective level, in consultation with the sport, on their ability to handle those events and organization and money. So some subjective negotiations and discussions do go on, based upon the historical evidence of the sport's ability.

Mr. Cole: My final question is along the lines of what Mr. Kilger has already put forward. Frankly, I accept the answer but I cannot relate it to the numbers. I find it difficult to believe that the Canadian Yachting Association receives virtually the same number of dollars as the Canadian Soccer Association, when you just finished telling us that the Canadian Soccer Association has surpassed hockey in registration, or is moving in that direction. I have to question the number of registered yachters who need funding from the federal government. That creates a problem for me. I have been seeking an answer to that one for 18 months. I think we have to look at that one specifically, because the numbers do not seem to add up.

Related to that, how many administrators are required in an NSO before it is funded? Do we require full-time staff before we fund an NSO?

Mr. Makosky: It works a little bit of the way around. When the national sports centre was established in 1971 the government stated a requirement that for the organization to receive funding for staff, they would have to set up a national office.

In terms of a brand-new sport, when it has achieved a "critical mass"—i.e., it is in a certain number of provinces, it has a certain level of participation and it has received the significance of a national sport—we will recognize it as a national sport. At that point in time the national sport body would have the right to not establish their offices in Ottawa, so it is quite unlikely that we would fund national staff. They could choose to set up their office somewhere else or to not set up an office and to work off the kitchen table.

[Traduction]

Donc la nature du sport, la taille de l'équipe, le fait qu'elle soit composée d'hommes et de femmes, le nombre de participants—un seul ou plusieurs, le nombre de compétitions auxquelles ils doivent ou veulent participer à l'échelle internationale en vue de se qualifier pour les championnats mondiaux ou pour les olympiques—sont autant de facteurs qui influencent le nombre d'activités liées à un sport. En général, nous répondons à ces demandes d'activités en tenant compte de ces caractéristiques.

Il peut donc arriver qu'un sport, bien qu'il ait un classement supérieur, ne reçoive qu'une somme modeste ou une somme même inférieure à un sport qui a un classement moindre, car ce dernier a un niveau d'activités beaucoup plus élevé pendant cette année et compte un nombre beaucoup plus important d'athlètes qui doivent être financés lorsqu'ils se déplacent.

En tenant compte de tous ces facteurs, on obtient un système équitable de reconnaissance des sports qui évalue honnêtement la performance à l'échelle internationale et nationale. Le traitement est équitable car il évalue les besoins selon le nombre d'activités et l'importance du sport.

Dans une certaine mesure, nous faisons une évaluation subjective, en consultation avec l'association sportive, de sa capacité de participer à ces événements, de son aptitude à s'organiser et à se financer. Il y a donc des négociations et des discussions subjectives, au cours desquelles nous tenons compte de ce que l'association a fait par le passé.

M. Cole: Ma dernière question va dans le même sens que celle qu'a déjà posée M. Kilger. Franchement, j'accepte la réponse, mais je ne vois pas de rapport avec les chiffres. J'ai de la difficulté à croire que l'Association canadienne de yachting reçoit pratiquement le même financement que l'Association canadienne de soccer, alors que vous venez tout juste de nous dire que l'Association canadienne de soccer a dépassé le hockey pour ce qui est des membres inscrits, ou est à la vielle de le faire. Je dois remettre en question le nombre d'associations de yachting reconnues qui ont besoin d'être financées par le gouvernement fédéral. Cela me pose un problème. Je cherche une réponse depuis 18 mois. Je crois qu'il faut nous pencher sur cette question en particulier, car les chiffres ne semblent pas s'expliquer.

Combien d'administrateurs un organisme de sport national doit-il compter avant de pouvoir recevoir du financement? Faut-il qu'un organisme national de sport ait du personnel à plein temps pour être financé?

M. Makosky: Cela fonctionne plus ou moins de cette façon: lorsque le Centre national des sports a été créé en 1971, le gouvernement a déclaré que pour qu'un organisme reçoive du financement pour son personnel, il devait avoir un bureau national.

Dans le cas d'un sport tout à fait nouveau, lorsqu'il a atteint une masse critique, c'est-à-dire qu'il est pratiqué dans un certain nombre de provinces, qu'il a un certain niveau de participation et qu'il est perçu comme un sport pratiqué à l'échelle nationale—nous le reconnaissons comme un sport national. À ce moment là, l'organisme de sport national en question aurait le droit de ne pas établir ses bureaux à Ottawa, de sorte qu'il serait peu probable qu'il reçoive du financement pour du personnel national. Il peut choisir d'ouvrir un bureau ailleurs ou même de ne pas ouvrir de bureau et de travailler à partir d'une résidence privée.

[Text]

Virtually all the national bodies are now centralized in Ottawa. If they chose to come to Ottawa we would recognize them as a national sport body and we would set them up with a core staff budget—an executive director, a technical person and secretarial staff. So that is the starting point and the matter of additional funding for additional staff becomes a consequence of the size of the sport, the significance of programming and other demands.

Mr. Cole: You talked about three people. A very significant one was just brought up—the Canadian Lacrosse Association. Their total budget goes to administration. I do not think that is what we are supposed to be doing. Where I have the problem, sir, is with the \$146,000. You just said there had to be an executive director, a technical director and secretarial staff. What are we doing for lacrosse, then, if our funding is to promote, develop and do these other things for the lacrosse team which is supposed to represent us internationally? We are using all the funds we are making available to them in administration, quite frankly, because of our criteria.

• 1200

Mr. Makosky: In fairness, I think you are taking a selective sport. You would be hard-pressed to find any other nationally recognized sport for which we fund exclusively the administration.

By and large, if you look across our budget, about 30% goes to infrastructure and administration, about 20% goes to participation programs and another 30% to high-performance programs. The infrastructure is not by any means the dominant amount.

Lacrosse is a special case because it is not participated in widely in this country, regardless of its historical position. Believe it or not, even though we fund 60 sports in this country, there are lots of other sports that would like to get into the line-up. We have to have criteria somewhere to start on threshold level. Frankly, lacrosse does not quite make it, and because of its significance we tried to work with them to try to bring them up by providing funds to try to get them going.

The Lacrosse Association had some special problems in the last couple of years and we have been working privately with them to try to bring them along. We might provide more information afterwards if you want. I do not think it is an indicative case of how we work with national sport bodies.

Mr. Brewin: My question has to do with women and, broadly speaking, gender parity in sports. I really would not want this session to go by without asking you to put on the record your policy and the steps you are taking to see that there is some very real progress in this area.

[Translation]

Pratiquement tous les organismes nationaux sont centralisés à Ottawa à l'heure actuelle. S'ils choisissent de venir à Ottawa, nous les reconnaissons comme organismes de sport national et nous leur allouons un budget pour le personnel—un directeur administratif, un spécialiste et un employé de bureau. Voilà le point de départ, et tout financement additionnel pour le personnel supplémentaire dépend de l'ampleur du sport, de l'importance de la programmation et des autres demandes.

M. Cole: Vous avez parlé de trois associations. On vient tout juste de parler d'une association très importante—l'Association canadienne de la crosse. La totalité de son budget est consacré à l'administration. Je ne pense pas que c'est ce que nous sommes censés faire. Ce qui me pose un problème, ce sont les 146 000\$. Vous venez tout juste de dire qu'il fallait un directeur administratif, un directeur technique et un employé de bureau. Que faisons-nous dans le cas de l'Association canadienne de lacrosse si notre financement doit servir à promouvoir, développer et faire toutes ces autres choses pour l'équipe qui est supposée nous représenter à l'échelle internationale? La totalité des fonds qu'ils reçoivent du gouvernement sert à l'administration, en raison de nos critères.

M. Makosky: Je pense qu'il s'agit d'un cas bien particulier. Vous auriez de la difficulté à trouver tout autre sport connu à l'échelle nationale pour lequel nous finançons exclusivement l'administration.

Si vous regardez notre budget, vous verrez qu'environ 30 p. 100 est consacré à l'infrastructure et à l'administration, tandis que 20 p. 100 est consacré aux programmes de participation et 30 p. 100 aux programmes d'élite. Le pourcentage de notre budget consacré à l'infrastructure est loin d'être le plus important.

Lacrosse est un cas spécial car même s'il s'agit d'un sport qui se pratique depuis très longtemps au pays, il n'est cependant pas très répandu. Croyez-le ou non, même si nous finançons 60 sports au Canada, il y a de nombreux autres sports qui aimeraient aussi être admissibles. Nous devons avoir certains critères minimums d'admissibilité. Franchement, ce sport ne satisfait pas aux critères, mais étant donné son importance nous tentons tout de même de l'aider à démarrer en lui apportant une certaine aide financière.

L'Association canadienne de lacrosse a eu des problèmes particuliers au cours des quelques dernières années et nous travaillons avec elle pour essayer de l'aider. Nous pouvons vous donner d'autres renseignements à ce sujet si vous le désirez. Mais il s'agit d'un cas spécial qui n'est pas du tout un exemple de la façon dont nous traitons avec les organismes de sports nationaux.

M. Brewin: Ma question concerne les femmes, et en général, l'égalité des femmes dans les sports. Je ne voudrais pas que la séance se termine sans que je vous ai demandé de nous parler de votre politique et des mesures que vous prenez pour veiller à ce que l'on accomplisse vraiment des progrès dans ce domaine.

[Texte]

Women are significantly under-represented in events at the high-performance level in support, in status and the administrative side, although there are in all of those categories many very distinguished and successful women. I know it has been a general policy of the department. I would ask if you would give us your personal views on this.

Mr. Danis: As the father of a boy and a girl of the same age, Mr. Brewin, I certainly would want my daughter to have all the same opportunities in anything in life, including sport, as my son.

We have a women's program in the department staffed by a program manager. We have a section on program and policy development, and we have put in specific amounts in the estimates. I could give you three examples of that for the 1990-91 budget. We put in \$200,000 for the women in sport leadership program. We put in for the national association's contributions programs for women another \$100,000 and also \$25,000 for operations and management.

We have a number of other programs that support women's participation in sport financed amongst the global budget. But to answer your question, certainly my commitment for women in sport could not be surpassed by anyone.

• 1205

The Chairman: Thank you, Mr. Minister, for your appearance today.

Perhaps not so much for your information as for others around the room, I would like to emphasize the reasoning behind the structure of this committee. As you know, there was a restructuring when the new session began, and you are the fourth minister to appear before this committee. When we attempted to look at how best we could handle the situation we were faced with as members, knowing full well we could not devote the time that was necessary to a lot of these areas, I wrote to each of the members asking them what they felt were those areas that we could divide up into subcommittees.

Fitness and Amateur Sport was one that it was felt very strongly required a separate identity and a separate subcommittee. I say that with the full intention that it is not meant to diminish in any way but to enhance the role of this committee, and any of the work that is done through that subcommittee is brought forward to the full standing committee by its chairman, Dr. Cole. I think it is evident from the number of dedicated people from all parties who serve on that committee, and others who are interested, that the emphasis is intended to remain in that area.

I would hope that you and officials of your department would continue, as has been done in the past, to work very closely with the committee, and I do thank you for that co-operation, and again for your appearance here this morning.

Mr. Danis: Thank you, Mr. Chairman. I will without doubt work in very close co-operation with the committee.

The Chairman: The next meeting of the committee is at 9.30 a.m. on Thursday. This meeting is adjourned.

[Traduction]

Les femmes sont considérablement sous-représentées lors d'événements au niveau des sports d'élite pour ce qui est de l'appui administratif ou autre, bien que dans toutes ces catégories les femmes soient nombreuses à se distinguer et à réussir. Je sais qu'il s'agit d'une politique générale du ministère. J'aimerais connaître votre opinion personnelle à cet égard.

M. Danis: M. Brewin, en tant que père d'un garçon et d'une fille du même âge, je veux que ma fille ait les mêmes possibilités que mon garçon dans la vie, notamment dans les sports.

Dans notre ministère, nous avons un programme pour les femmes que dirige un gestionnaire de programme. Nous avons une section du développement des programmes et des politiques, et nous avons prévu certains montants dans le budget. Je peux vous en donner trois exemples pour le budget de 1990-1991. Nous consacrons 200,000\$ au Programme des femmes dans le leadership sportif. En outre, nous consacrons 100,000\$ aux programmes de contribution des associations nationales pour les femmes et également 25,000\$ pour l'exploitation et la gestion.

Nous avons un certain nombre d'autres programmes qui appuient la participation des femmes dans le sport et qui sont financés à même le budget global. Mais pour répondre à votre question, mon engagement à l'égard des femmes dans le sport ne saurait être surpassé par quiconque.

Le président: Merci, monsieur le ministre de votre comparaison aujourd'hui.

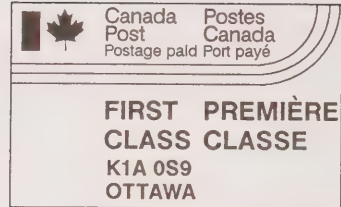
Ce n'est pas tant pour votre gouverne que pour celle des autres qui se trouvent dans la salle que j'aimerais souligner la raison pour laquelle notre comité est structuré comme il l'est. Comme vous le savez, il y a eu restructuration au début de la nouvelle session, et vous êtes le quatrième ministre à comparaître devant notre comité. Lorsque nous avons cherché la meilleure façon de nous acquitter de nos fonctions, sachant très bien que nous ne pourrions consacrer tout le temps nécessaire à bon nombre de ces questions, j'ai écrit à chacun des membres du comité pour leur demander comment, à leur avis, on pouvait répartir ces questions entre divers sous-comités.

Tous étaient très convaincus que la question de la condition physique et du sport amateur exigeait d'être étudiée séparément par un sous-comité. En disant cela, je n'ai absolument pas l'intention de diminuer l'importance du rôle de notre sous-comité, bien au contraire, et tous les travaux effectués par notre sous-comité sont présentés au comité permanent par son président, M. Cole. L'importance de ce sous-comité est assez évidente, comme en témoigne le nombre de députés dévoués de tous les partis qui y siègent, et tous les autres qui s'y intéressent.

J'espère que vous et vos collaborateurs continuerez comme par le passé à travailler en étroite collaboration avec le comité. Je vous remercie donc de votre coopération et de votre comparution ce matin.

M. Danis: Merci, monsieur le président. Soyez assuré que je travaillerai en étroite collaboration avec votre comité.

Le président: La prochaine réunion du comité aura lieu jeudi à 9h30. La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS

From the Department of National Health and Welfare:

Lyle Makosky, Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport.

TÉMOIN

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

Lyle Makosky, sous-ministre adjoint, Condition physique et Sport amateur.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 34

Thursday, May 31, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 34

Le jeudi 31 mai 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Main Estimates 1990-91: Votes 30 and 35 under
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1990-1991: crédits 30 et 35
sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET
BIEN-ÊTRE SOCIAL

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MAY 31, 1990
(43)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:43 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin.

Acting Members present: Len Gustafson for Stan Wilbee; Joe Fontana for Paul Martin; Al Horning for John Cole; Bob Wood for Albina Guarnieri.

Other Member present: Howard McCurdy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Joan Vance and Odette Madore, Research Officers.

Witnesses: From the Medical Research Council of Canada: Dr. Pierre Bois, President; Dr. Lewis Slotin, Director, Programs Branch; Al Belliveau, Director, Corporate Management; Denis Saint-Jean, Director, Communications.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Thursday, February 22, 1990, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1991. (See *Minutes of Proceedings, Wednesday, May 2, 1990, Issue No. 28*).

The Chairman called Votes 30 and 35 under NATIONAL HEALTH AND WELFARE.

Dr. Bois made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 11:01 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 31 MAI 1990
(43)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 43, dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin.

Membres suppléants présents: Len Gustafson remplace Stan Wilbee; Joe Fontana remplace Paul Martin; Al Horning remplace John Cole; Bob Wood remplace Albina Guarnieri.

Autre membre présent: Howard McCurdy.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: Du Conseil de recherches médicales du Canada: D^r Pierre Bois, président; D^r Lewis Slotin, directeur, Direction des programmes; Al Belliveau, directeur, Gestion intégrée; Denis Saint-Jean, directeur, Communications.

Le Comité reprend les travaux prévus à son ordre de renvoi du jeudi 22 février 1990, soit l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1991 (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mercredi 2 mai 1990, fascicule n° 28*).

Le président appelle: Crédits 30 et 35, SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL.

D^r Pierre Bois fait un exposé puis, avec les autres témoins, répond aux questions.

À 11 h 01, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, May 31, 1990

● 0944

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum.

We are meeting to deal with our order of reference relating to the main estimates for 1990-91. This morning we will study more specifically the Medical Research Council estimates, and we will call votes 30 and 35.

I would like to welcome our witnesses this morning, Dr. Pierre Bois, President of the Medical Research Council of Canada; and Mr. Al Belliveau, Director of Corporate Management. Dr. Bois, we look forward to your testimony.

Dr. Pierre Bois (President, Medical Research Council of Canada): Thank you, Mr. Chairman.

M. Belliveau est directeur des finances au Conseil; vous l'aviez déjà présenté.

Dr. Slotin is Director of Programs, and Denis Saint-Jean is Director of Communications.

● 0945

I am very pleased to appear before this committee today to present the estimates of the Medical Research Council for 1990-91 and to discuss the activities of the council.

The MRC budget, as detailed in the main estimates, amounts to \$221.6 million, of which \$216 million is allocated to grants and scholarships and \$5.6 million, or 2.6%, to administration. This budget represents an overall increase of 9.7% over the funding level of the previous year.

I wish to point out that the figures indicated in the main estimates do not include the Centres of Excellence Program, which was announced in 1988. This is a \$240 million program over a five-year period, covering research areas of the three granting councils; namely, Natural Sciences and Engineering Research Council, Social Sciences and Humanities Research Council, and the Medical Research Council. Applications were received and peer reviewed in 1989. The funding level approved for successful applications in the health research area amounts to \$22.9 million for 1990-91. The distribution of the 1990-91 funds among the granting councils will be the subject of supplementary estimates in the current year. It should be mentioned also that the Centres of Excellence Program is not a program of the councils, although the councils have the responsibility of administration of these programs.

In 1990-91 the council is entering in the last year of the matching grants policy announced in February 1986. As you know, this policy includes a stabilized base budget, with additional government funds of a predetermined ceiling provided to the council based on the level of private sector contributions to university health science research. At this stage, the funding level for subsequent years is not yet known.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 31 mai 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte; nous avons le quorum.

Notre ordre de renvoi d'aujourd'hui porte sur le budget des dépenses principales de 1990-1991. Ce matin, nous nous penchons sur le budget du Conseil de recherches médicales du Canada, nous étudions les crédits 30 et 35.

Nos témoins sont le docteur Pierre Bois, président du Conseil de recherches médicales du Canada et M. Al Belliveau, directeur de la gestion intégrée. Docteur Bois, nous sommes prêts à vous écouter.

Dr Pierre Bois (président, Conseil de recherches médicales du Canada): Merci, monsieur le président.

Mr. Belliveau is Director of Finance at the NRC; you have already introduced him.

Le docteur Slotin est directeur des programmes et Denis St-Jean est directeur des communications.

Je suis heureux de comparaître devant votre comité ce matin pour vous présenter le budget des dépenses du Conseil de recherches médicales pour l'exercice financier 1990-1991 et pour discuter des activités du Conseil.

Selon le budget des dépenses principales, le budget prévu pour le CRM s'élève à 221,6 millions de dollars dont 216 millions de dollars alloués aux subventions et aux bourses et 5,6 millions de dollars, soit 2,6 p. 100, à l'administration. Ce budget représente une augmentation globale de 9,7 p. 100 par rapport au financement de l'année dernière.

Je tiens à souligner que les montants indiqués au budget des dépenses n'incluent pas le Programme des réseaux de centres d'excellence annoncé en 1988. C'est un programme de 240 millions de dollars répartis sur une période de cinq ans et couvrant les domaines de recherche des trois conseils subventionnaires, notamment le Conseil des recherches en sciences humaines, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie et le Conseil de recherches médicales. Les demandes ont été reçues et évaluées par les pairs en 1989. Le financement accordé pour les centres d'excellence dans le domaine des sciences de la santé représente 22,9 millions de dollars en 1990-1991. La répartition des fonds pour 1990-1991 entre les conseils subventionnaires fera l'objet d'un budget supplémentaire cette année. Précisons que le Programme des centres d'excellence n'est pas un programme des conseils subventionnaires, bien que ces conseils soient chargés de son administration.

Le financement en vertu de la politique des subventions de contrepartie annoncée en février 1986 prend fin en 1990-1991. Vous savez sans doute que, conformément à cette politique, le budget de base du CRM est assuré et que le gouvernement accorde des fonds supplémentaires, jusqu'à un certain plafond, en fonction des contributions du secteur privé à la recherche universitaire en sciences de la santé. On ne connaît pas encore le niveau de financement pour les années à venir.

[Texte]

There is an increasing collaboration between the Medical Research Council and other funding agencies involved in health sciences research. MRC and the National Cancer Institute, in association with the Alberta Heritage Foundation, Canadian Heart and Stroke Foundation and le Fonds de la recherche en santé du Québec have formed a joint task force to study strategic issues affecting the future of biomedical research in Canada. MRC is also funding fellowship awards in association with the Alzheimer Society of Canada to train researchers interested in that disease and other neuro-degenerative disorders. Discussions are in progress with the Kidney Foundation and the Canadian Diabetes Association to develop similar joint funding.

Mr. Chairman, it might perhaps be stated here that there is also a similar association in funding of fellowships and studentships with industry and the private sector.

In the administration vote you will note an increase in person-years. The increase in the number of applications, the creation of new programs in recent years, and an improved service to our clientele have justified this increase. It might be worth noting that only 2.6% of the council's budget is spent on administration.

Mr. Chairman, I would now be pleased to answer questions and provide more information should you require it.

• 0950

The Chairman: Thank you very much, Dr. Bois. I should indicate that we do not have some of our regular members of the committee here today. However, I am sure members will have questions.

Mr. McCurdy (Windsor—St-Clair): I am not a regular member of this committee, so please be understanding as I pose questions to you.

I am quite interested in what is said on page 17 about the matching grants policy. You indicated in this study that the matching grants policy was unlikely to have any incremental effect on university research or private sector-university collaboration. Have you been given an inkling at all about where this is going to go? It terminates in the next year. Is this to be replaced by an alternative program, or will there be net increases in funds provided by government in terms of increasing the base allocation to MRC? What do you think is the likely scenario in that respect?

Dr. Bois: One thing is sure. It is that with this program we have developed a university-industry program over the past three or four years that is progressing very well, and that I think council, whatever will happen, would like to continue. It might be a matter of the level of funding, but I think that would continue.

It was in fact suggested by the three councils to the minister that the matching program be continued as a program to support university-industry expansion. Another alternative was that the amount of funding be included in the

[Traduction]

Il y a de plus en plus de collaboration entre le Conseil de recherches médicales et les autres organismes subventionnant la recherche dans le domaine des sciences de la santé. Le CRM et l'Institut national du cancer du Canada, en collaboration avec l'*Alberta Heritage Foundation*, la Fondation canadienne des maladies du coeur et le Fonds de la recherche en santé du Québec ont mis sur pied un groupe de travail conjoint pour étudier des questions stratégiques touchant l'avenir de la recherche biomédicale du Canada. Le CRM contribue également, de concert avec la Société Alzheimer du Canada, au financement de bourses de formation dans le domaine de la recherche liée à la maladie d'Alzheimer et à d'autres troubles de dégénérescence du système nerveux. On discute présentement des possibilités de financement conjoint avec la Fondation canadienne du rein et la Société du diabète.

Monsieur le président, peut-être devrais-je préciser ici qu'il existe une association analogue pour le financement de bourses avec l'industrie et le secteur privé.

Vous noterez une augmentation des années-personnes au crédit de l'administration. L'augmentation du nombre de demandes, la création de nouveaux programmes ces dernières années, ainsi qu'une amélioration du service à notre clientèle sont des facteurs qui justifient cette augmentation. Précisons que les montants alloués à l'administration représentent seulement 2,6 p. 100 du budget global du CRM.

Monsieur le président, je suis à votre disposition pour répondre aux questions et donner de plus amples renseignements sur les programmes du CRM.

Le président: Merci beaucoup, D^r Bois. Je dois vous préciser que certains des membres habituels du comité ne sont pas là aujourd'hui. Je suis sûr que nous allons cependant avoir des questions à vous poser.

M. McCurdy (Windsor—Sainte-Claire): Je ne suis pas un habitué de ce comité, et je vous demanderais donc votre indulgence pour mes questions.

Il y a à la page 17 des choses très intéressantes à propos de la politique des subventions de contrepartie. Vous dites dans cette étude que selon vous cette politique n'avait guère de chance de promouvoir la recherche universitaire ou la collaboration entre le secteur privé et l'université. Avez-vous une idée de ce qui va se passer ensuite? Cette politique prend fin l'année prochaine. Va-t-elle être remplacée par un autre programme ou va-t-il y avoir une augmentation nette des crédits de base versés au CRM par le gouvernement? À votre avis, que va-t-il se passer?

Dr Bois: Une chose est certaine. Grâce à ce programme nous avons mis sur pied depuis trois ou quatre ans un programme université-industrie qui fonctionne très bien et je pense que le conseil aimerait préserver ce programme quoi qu'il advienne. C'est peut-être une question de niveau de financement, mais je pense qu'il faudrait le maintenir.

Les trois conseils ont en fait suggéré au ministre de maintenir ce programme de subventions de contrepartie en tant que programme d'aide à l'expansion de la collaboration université-industrie. Une autre possibilité serait d'inclure ce

[Text]

base budget of the three councils, and that yearly adjustments be made as appropriate as possible. There were a few variants of this, like an increase more substantial than the yearly increase so that this effort in university-industry development would be more important. It is still under discussion.

I would not really be able to tell you much more on that except that I am quite certain, whatever certainty one might have, that these funds would not be cut from the councils' budgets because they amount to a substantial—

Mr. McCurdy: These are the funds that have accrued to the council as a result of matching funds?

Dr. Bois: Yes. At the moment I think it is an amount of \$46 million, so of course a reduction of this order would cause quite a problem, and the three councils would be involved anyway.

Mr. McCurdy: One of the fears about the matching grants policy in the first place was that it would veer university research in the direction of more applied, industrially related research. That is not to suggest that is bad, except if it deprives the basic research effort of adequate funding.

• 0955

Right now, we have the situation in which the Lortie report suggested dramatic increases in the funding provided to the granting councils, with increases subsequently in proportion, in fact, 1.5% of the rise in the GDP. Do you think that even if the \$46 million were there, that there still is an adequate funding base for basic research funding through the MRC to suggest that we are doing anything like an adequate job of funding basic research before considering this other aspect of university-industry co-operative research? The latter is of course good, but I think it is no big secret there is a great deal of concern that within a fixed pie, as we try to provide greater and greater incentives for industrial R and D and industry-based science, we are in fact shrinking the foundation elements of our research enterprise.

Dr. Bois: Mr. Chairman, this is irrelative to the overall situation. In the case of MRC, the decision to implement a so-called university-industry program was taken before the matching grant policy was announced. It came finally at about the same time, but the discussions of the council, the review of this question, had taken place two or three years before and of course there was some hesitation for reasons like those you mentioned.

On the other side of the coin, already by 1988, if I remember, out of say 2,200 grantees as a population, by that time there were certainly 100 who had through their own activities or arrangements made liaison with various industries, not only pharmaceutical but a number of areas of interest, and had some added support for this type of activity, depending in which area. So when we came up with the university-industry program it was not something that did not really exist within the medical research community. It was not a large number, but nevertheless significant.

[Translation]

financement dans le budget de base des trois conseils et de procéder à des réajustements annuels aussi appropriés que possible. Il y a quelques autres variantes, par exemple une augmentation plus importante que l'augmentation annuelle de façon à renforcer encore cette collaboration entre l'industrie et l'université. La question est toujours en discussion.

Je ne peux pas vous dire grand-chose de plus si ce n'est que je suis convaincu, si tant est qu'on puisse avoir une certitude, que ces crédits ne vont pas disparaître du budget des conseils car ils représentent une importante. . .

M. McCurdy: Vous parlez des crédits versés aux conseils dans le cadre de la politique des subventions de contrepartie?

Dr Bois: Oui. Pour l'instant, je crois que cela représente 46 millions de dollars, et il est évident qu'une réduction de cet ordre poserait de sérieux problèmes et que les trois conseils auraient certainement leur mot à dire.

M. McCurdy: Ce que certains ont craint au départ quand on a annoncé la politique des subventions de contrepartie, c'était que cette politique n'oriente la recherche universitaire vers une recherche plus appliquée et plus directement liée à l'industrie. Ce n'est pas que ce soit mal en soi, sauf si cela prive de crédits la recherche fondamentale.

Le rapport Lortie a proposé une augmentation radicale du budget des conseils subventionnaires, augmentation qui correspondrait à 1,5 p. 100 de l'augmentation du PIB. Pensez-vous que, même compte tenu des 46 millions de dollars, les crédits de la recherche fondamentale subventionnée par le CRM sont suffisants; ne devrions-nous pas, au contraire, avant de passer à cet autre volet de votre politique, le programme université-industrie, être sûrs que la recherche fondamentale est suffisamment subventionnée? Il s'agit certainement d'un excellent programme, mais, ce n'est un secret pour personne, il est à craindre, puisque au total le budget est limité et donc il y en aura moins pour chacun, qu'au fur et à mesure que nous subventionnons la recherche, le développement et l'activité scientifique du secteur privé, la base même de notre recherche risque de s'effriter.

Dr Bois: Monsieur le président, dans l'ensemble je ne pense pas que cela nuise à notre activité de recherche. Pour ce qui est du CRM, à proprement parler, le programme de collaboration entre l'université et l'industrie a été décidé avant la politique des subventions de contrepartie. Même si, en dernière analyse, le programme a finalement vu le jour à peu près au même moment, les discussions au sein du Conseil, l'étude approfondie de la question, ont eu lieu deux ou trois ans avant, et avaient évidemment suscité quelques hésitations, pour des raisons de l'ordre de celles que vous avez vous-même citées.

Notons également, par ailleurs, que dès 1988, si mes souvenirs sont exacts, parmi 2,200 bénéficiaires de bourses du Conseil, il y en avait déjà certainement une certaine qui avaient pris contact avec le secteur privé, et pas uniquement dans le secteur pharmaceutique, et qui avaient réussi à l'intéresser à leurs recherches. Lorsque nous avons proposé ce programme université-industrie, le concept n'en était pas absolument nouveau. Même si alors cela ne concernait qu'une minorité au sein du corps de recherche, le concept existait déjà.

[Texte]

Second, for projects we receive for the university-industry program every four months or so, there is a competition. The programs and projects that are funded in good measure are very basic. In other words, the fear of the first hour that all these programs would be applied and would be in a way detrimental to the basic research effort—

Mr. McCurdy: This is in respect to the matching grants program or the university-industry program?

Dr. Bois: Matching grant, as such, is a technique to provide funding to the council. That is something. University-Industry is a program of the councils, I would say, because there are three councils.

Mr. McCurdy: It is pretty bloody clear that by 1995 we are going to face what can only be described as a crisis in providing faculty and the sustaining research in our universities. One of the reasons is that the baby boom cycle and the cycle of the professoriate that was recruited in the 1950s and the 1960s is going to run out. It is going to happen in the United States too, at just about the same time.

Do you think, if present trends continue in university research funding, that we will be able to compete effectively with the United States and its huge demand to sustain a level of faculty in terms of numbers and expertise and research effectiveness that we should have in the last decade of this century, if the funding levels continue as now and the present funding arrangements that exist for university research continue as now?

Dr. Bois: This is a very serious problem. It is discussed at council, at committees of the council, at the national boards for science and technology, and also at ISTC, Industry, Science and Technology. Everyone is aware of this potential crisis. In the case of the Medical Research Council, in the past few years we emphasized progressively our training programs, the objective being to increase the resource and number of scientists trained, and this year—that is, in a week from now—I hope council will approve a new program that has been studied by the standing committees of the council for a little while now, which is a so-called development program where schools of medicine, dentistry, and pharmacy—we already have some programs like that with nursing—could apply and submit to the council a plan of development.

The plan would be studied and rated and would include the possibility of recruiting new people, the reason being that these people should be recruited within the next few years. You cannot, all of a sudden, by 1995, or 1994 or 1996—in

[Traduction]

Deuxièmement, à peu près tous les quatre mois nous organisons un concours dont dépend la distribution des crédits du programme université-industrie. Les projets lauréats sont très largement des projets de recherche fondamentale. Les premières craintes, selon lesquelles ces projets seraient des projets de recherche appliquée, qui priveraient la recherche fondamentale de crédits. . .

M. McCurdy: Nous parlez-vous ici des subventions de contrepartie, ou du programme université-industrie?

Dr Bois: La politique des subventions de contrepartie, en tant que telle, est un moyen qui permet de débloquent des crédits pour le Conseil. C'est une chose. Le programme université-industrie est un programme qui concerne les trois conseils.

M. McCurdy: Il est assez clair que dès 1995 nous allons nous trouver dans une situation de pénurie de personnel universitaire et de personnel de recherche pour nos universités. Une des raisons tient au fait que nous arriverons en fin de cycle pour ce qui est de l'explosion démographique et de ce groupe d'enseignants qui ont été recrutés dans les années 1950 et 1960. On sait que les États-Unis se trouveront au même moment dans une situation comparable.

Si les crédits de la recherche universitaire restent ce qu'ils sont maintenant, pensez-vous que nous serons capables de conserver, face à la concurrence des universités américaines qui se trouveront également dans une situation de pénurie, les professeurs et les chercheurs universitaires dont nous aurions normalement besoin pendant les dix dernières années de ce siècle?

Dr Bois: Effectivement, c'est une question grave. Elle fait l'objet de discussions au sein du conseil, au sein des comités du conseil notamment, et des instances nationales responsables de la science et de la technologie au ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie notamment. Tout le monde sait qu'une telle crise est possible. Le Conseil de recherches médicales, quant à lui, a déjà depuis quelques années mis progressivement l'accent sur les programmes de formation, l'objectif étant d'augmenter les moyens mis à la disposition d'une formation accrue de scientifiques, et cette année même—d'ici une semaine à peu près—le Conseil approuvera, je l'espère, un nouveau programme étudié par les comités permanents du Conseil depuis déjà quelque temps, et qui est ce qu'on appelle un programme de développement, grâce auquel les écoles de médecine, de dentisterie et de pharmacie—des programmes similaires existent déjà pour les infirmières—pourront soumettre au Conseil des plans de développement pour en obtenir des crédits.

Ces plans seront examinés par le Conseil, évalués, et devraient permettre de recruter de nouveaux personnels d'enseignement, ceux-ci devant être recrutés dans les quelques années qui viennent. En effet, en 1995, 1994 ou

[Text]

that period—change a large number of scientists across the country in various schools. So this is a program that would be implemented, starting this year, progressively and would help the schools in recruiting an objective of replacements of faculty and scientists, with some phasing in and phasing out. The funds we have at the moment make this possible—difficult, but possible.

Mr. McCurdy: But this is the training. This is the recruitment.

Dr. Bois: Yes.

Mr. McCurdy: What about keeping them? We are going to be facing two elements. We are going to be facing the level of research funding and research opportunity, including teaching loads and that sort of thing; that is, the capacity to have, sustain, a laboratory that is of first rank.

Second, salary levels: in fact, in Ontario the salary levels of community college “professors” pretty much match those of professors at the low level in the universities. We are therefore going to have a research opportunity problem, we are going to have a salary level problem in Canada, and we are going to be facing it pretty damn soon. This is 1990. It is going to start in 1995 by every account. Surely there is something else to be done besides training people. We could end up training them for the United States. They also have the same problem with a deficiency of scientists, which will reach crisis proportions by 1995 or by the turn of the century.

• 1005

Dr. Bois: As a council we can foresee the needs as best we can for scientists in the general area of biomedical research. When it comes to education, we are really not into our own area. As far as the problem of universities is concerned—the budget of the university, the organization of their recruitment structure, their teaching loads and duties—that is within the departments of education and we do not contribute much to it. All we can do is offer programs that—

Mr. McCurdy: How would you rate the level of grants provided to scientists in Canada in the medical research area as compared to the level of general support in the United States?

Dr. Bois: That is very difficult. If NIH has a very large budget in the order of \$6 billion or \$7 billion—I do not remember exactly at the moment—it remains that NIH is also providing what are called “indirect costs”.

Mr. McCurdy: And support.

Dr. Bois: NIH is in fact providing a part of the university budget.

Mr. McCurdy: And part of the professors’ salaries.

The Chairman: If I could intervene for a minute following Mr. McCurdy’s comments, on the matching grants policy, is there sufficient private funding to use up the allocation? I believe that normally you have a ceiling on that. Are you receiving enough from the private sector to use up that full allocation?

[Translation]

1996, vous ne pourrez pas du jour au lendemain renouveler les effectifs dont ont besoin les écoles en question dans ces spécialités. Voilà donc un programme qui devrait être mis en oeuvre dès cette année, et qui progressivement devrait aider les écoles à recruter les professeurs et les scientifiques qui leur manqueront; je le répète il s’agira d’une mise en oeuvre progressive, en même temps que d’une suppression progressive des crédits du programme. Le budget dont nous disposons à l’heure actuelle rend l’opération possible; difficile, mais possible.

M. McCurdy: Vous me parlez là de formation. Vous me parlez de recrutement.

Dr Bois: Oui.

M. McCurdy: Ensuite il va falloir les retenir. Il y a deux aspects à ce problème. D’une part il va falloir financer des installations de recherche, réfléchir également à la charge de travail des enseignants, de telle façon que nous puissions effectivement financer des laboratoires de première qualité.

Deuxièmement, il y a une question de salaires. En Ontario, dans les collèges communautaires, les enseignants sont payés à un niveau qui correspond à peu près à celui des échelons inférieurs des universités. Il va donc falloir d’une part donner aux scientifiques la possibilité de faire de la recherche, et ensuite il va y avoir un problème de salaires, et je puis vous dire que la question va se poser très bientôt. Nous sommes en 1990, et il est sûr que dès 1995 cette pénurie se fera sentir. Je veux dire qu’il ne s’agit pas simplement de former des gens. Nous risquerions même de financer une formation qui profiterait ensuite aux États-Unis. Ils vont eux aussi avoir un problème de pénurie de scientifiques, qui risque de se transformer en crise grave dès 1995 ou dès la fin du siècle.

Dr Bois: L’effort du Conseil peut au mieux viser le domaine général de la recherche biomédicale. L’enseignement n’est pas de notre compétence. Les universités—qu’il s’agisse du budget universitaire, de l’organisation de leur recrutement, du nombre d’étudiants par professeur ou des tâches de ces derniers—tout cela relève des ministères de l’Éducation, ça n’est pas vraiment de notre ressort. Le mieux que nous puissions faire, c’est d’offrir des programmes. . .

M. McCurdy: Pouvez-vous comparer les moyens mis à la disposition des scientifiques au Canada dans le domaine de la recherche médicale, à ceux de leurs homologues américains?

Dr Bois: C’est difficile. Le NIH, dont le budget est très important puisqu’il est de l’ordre de 6 ou 7 milliards de dollars—je ne m’en souviens pas avec précision—prend également en charge les «coûts indirects».

M. McCurdy: Et connexes.

Dr Bois: Le NIH prend en charge une partie des budgets universitaires.

M. McCurdy: Et des salaires des professeurs.

Le président: Permettez-moi de poser moi aussi une question, qui fait suite à celle de M. McCurdy concernant la politique des subventions de contrepartie. Le financement privé vous permet-il d’utiliser pleinement vos crédits? Votre participation, si je ne me trompe, est plafonné. Les offres du secteur privé sont-elles suffisantes pour que vous puissiez pleinement utiliser ce qui est mis à votre disposition?

[Texte]

Dr. Bois: Yes. I would say more than enough, Mr. Chairman, because the calculation is based upon private sector contribution to university research in the previous year, plus any amount over \$60 million total through the private agencies, and other private sector contributions.

In our case we do not have much of a problem with that. It is simply that the Canadian public is providing substantial funds to hospitals and universities across the country, which is labelled research. Our problem is to define within these funds what would be acceptable to the council if it were submitted to the council as a research project.

All this being said, we make the ceiling without any difficulty.

Mr. Wood (Nipissing): I was just going over this quickly, Dr. Bois. On page 8 it says to make recommendations to improve the operation of your peer review system. How do you handle disputes in the peer review system right now? How does it work?

• 1010

Dr. Bois: Disputes. Complaints?

Mr. Wood: Yes.

Dr. Bois: First, let us say we do not have so many. Second, at the moment there are the chairman, a scientific officer, and a scientific secretary, who take part in the discussions in any of the projects discussed by the committee and who take notes. Through these notes, if an applicant is not too happy with a decision of the council, you have sufficient information to provide the applicant with the reason or the committee's rating. You also have to see that all the ratings from all the committees are put on a list of priorities and council votes according to the funds available, so the highest-rated ones are funded. . . and progressively decreasing.

Further, there is a director of the council who is the director of scientific evaluation, Dr. Rolleston, who is not with us this morning. He is in charge of a committee on committees made up of nine or ten experienced scientists across the country who have in the past worked on committees and so forth, and they are the ones who propose names, candidates, for the various committees.

Mr. Wood: How long does it take to go through a system like that? It says it is to improve the operation of the system. It is obviously not working properly for a lot of people. How are you improving it; or are you improving it?

Dr. Bois: Not a lot of people. I think a peer review system in essence, by its nature, always has to be improved. It is not like any other kind of committee where you have people discuss one issue or another or become expert in this or that. It is an evaluation of a scientific project. Science moves pretty quickly and it is done by people. You need to find ways to improve the quality of your system all the time. That is what I mean.

What we were trying to do is a bit expensive, in fact, but to some extent it copies a process used by the NIH, where the scientific secretaries are more numerous than we have in our case and they can produce better communications with

[Traduction]

Dr Bois: Oui. C'est plus que suffisant, monsieur le président, car le calcul est fait à partir de la contribution du secteur privé à la recherche universitaire, l'année précédente, plus toute contribution des organismes privés dépassant le total de 60 millions de dollars.

Nous n'avons donc pas de problèmes de ce côté-là. Les dons de la population canadienne à la recherche universitaire et hospitalière sont également très importants. Le problème du Conseil, lorsqu'un projet de recherche lui est soumis, est donc ensuite de faire le tri entre ces différentes sources de financement, pour pouvoir ensuite faire son calcul.

Cela dit, nous atteignons notre plafond sans aucune difficulté.

M. Wood (Nipissing): Je feuilletais rapidement ce document, monsieur Bois. Il est question, page 8, de faire des recommandations pour améliorer le fonctionnement du système d'examen par les pairs. En cas de conflit et de divergences d'opinions, comment réglez-vous cela? Comment est-ce que cela fonctionne?

Dr Bois: Au cas où les candidats ne sont pas satisfaits de la décision et où nous aurions des plaintes?

M. Wood: Oui.

Dr Bois: Permettez-moi de dire d'abord que c'est assez rare. Deuxièmement, les discussions du comité ont lieu en présence du président, d'un scientifique responsable, et d'un secrétaire scientifique, qui prennent des notes. Ces notes permettent en cas de contestation de la part du candidat, de pouvoir lui exposer les raisons de la décision du comité. Les projets retenus par les comités sont ensuite, en fonction de la note qui leur a été donnée, inscrit sur une liste de priorité décroissante, à partir de laquelle les décisions de financement sont prises. . . par ordre de priorité décroissante.

Et puis nous avons un comité d'organisation des comités, composé lui-même de neuf ou dix scientifiques expérimentés de tout le pays, qui ont par le passé siégé à ces comités etc, et ce sont eux qui proposent les candidats aux divers comités. Ce comité est sous la responsabilité de quelqu'un qui n'est pas parmi nous ce matin, le D^r Rolleston, directeur de l'évaluation scientifique au Conseil.

M. Wood: Et combien de temps tout cela vous prend-il? On recommande ici d'améliorer l'ensemble du processus. Apparemment beaucoup de gens n'en sont pas satisfaits. Que faites-vous dans ce sens?

Dr Bois: Pas tant de gens que cela. Un système d'examen par les pairs, par nature, a toujours besoin d'être revu et amélioré. Ça n'est pas comparable à un système classique de comité, où des gens se réunissent pour discuter de telle ou telle question, dont ils deviennent plus ou moins spécialistes. Il s'agit ici d'évaluation de projets scientifiques. Les sciences évoluent très rapidement, et il faut tenir compte du facteur humain. Il faut donc sans arrêt chercher des moyens d'améliorer l'ensemble de votre processus. C'est ainsi.

Ce que nous avons cherché à faire est un petit peu coûteux, de fait, mais dans une certaine mesure s'inspire de ce que fait le NIH, où évidemment les secrétaires scientifiques sont plus nombreux et peuvent assurer une

[Text]

the applicants. We have good communications with applicants, but when the number rises to 1,000 it is more difficult. We may not be as efficient as we would like to be. So this is a kind of improvement.

Mr. Wood: How are your co-operative research efforts decided on and ultimately funded? I am thinking of the heart and stroke foundation or something like that.

Dr. Bois: The effort there is first to convince the people at the heart and stroke or cancer foundation and other agencies that perhaps we could help research in this area better through funding a larger group program, or team, that could be funded by both agencies.

Already MRC funds some very important teams, but the number is limited. We fund about 11 groups, and we could develop a group or a team of a larger size jointly with the Alzheimer Foundation, for instance. That is the objective in the collaboration.

• 1015

Further, if you think of the cost of reviewing, by working together with these agencies whenever it is possible, we could improve the efficiency of reviewing, because they also have to have committees if they are allocating grants. It becomes pretty heavy, so they sometimes count on us for a joint review. That is one of the major objectives, I would say.

Mr. Wood: I guess this is something that is on everybody's mind. How much AIDS research are you funding?

Dr. Bois: At the moment we fund \$4 million or \$5 million, and the Department of National Health and Welfare is funding something like \$6 million, I think.

You probably know that the Department of National Health and Welfare has its own research agency called NHRDP—National Health Research Development Program—with an appropriate budget of something like \$28 million. They select funding in areas of priorities of the department related to the distribution of health care and in some special areas like AIDS. In total there is probably \$10 million or \$11 million at the moment. From what MRC is funding, this is excellent research, and we published that earlier this year or at the end of last year. We try to make it visible to researchers across the country, so that those who would like to get into this field should not hesitate.

I even visited a few scientists, and many of those who are potential researchers in this area hesitate—there are not so many—because they feel there is already so much being done that they would come late in this business. But there is an enormous effort made by the council to try to increase our capability there.

[Translation]

meilleure communication avec les candidats. Nos communications avec les candidats ne sont pas mauvaises, mais lorsque les projets et demandes atteignent le chiffre de 1,000, cela devient un petit peu difficile. Nous ne sommes donc pas toujours aussi efficaces que nous aimerions l'être. Voilà donc un premier objectif d'amélioration.

M. Wood: Comment vos recherches faites en collaboration avec d'autres organismes sont-elles décidées, et finalement subventionnées? Je pense par exemple à la Fondation canadienne des maladies du coeur ou autres organismes de ce type.

Dr Bois: Notre premier effort vise d'abord à convaincre les responsables de la Fondation du cancer ou des maladies du coeur, de l'opportunité de financer un programme de recherche plus vaste, c'est-à-dire une équipe qui bénéficierait d'un financement conjoint.

Le CRM finance ainsi déjà des équipes de taille assez importante, même si elles sont en nombre limité. Il y a ainsi 11 équipes qui profitent de nos crédits, et il n'est pas impossible que nous associons nos efforts à ceux de la Société Alzheimer pour subventionner une équipe de recherche relativement importante. Voilà comment fonctionne ce genre de collaboration.

Et puis il faut penser à ce que coûte tout ce travail d'examen des dossiers de candidatures. En collaborant avec ces fondations nous arrivons à rationaliser ce travail d'examen en comités qui devient parfois très lourd. Les fondations comptent parfois sur nous pour alléger ce travail. Réussir à rationaliser ce travail est un de nos objectifs principaux.

M. Wood: Je vais maintenant poser une question que tout le monde a sans doute sur le bout de la langue. Quelle part de votre budget est consacrée à la recherche sur le SIDA?

Dr Bois: Nous y consacrons pour le moment 4 millions de dollars ou 5 millions de dollars, et le ministère de la Santé nationale du Bien-Être social quelque 6 millions de dollars, si je ne me trompe.

Vous savez certainement que le ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social a son propre programme de recherche, le PNRDS, Programme national de recherche et de développement en matière de santé, avec son budget de 28 millions de dollars. Cela permet au ministère de décréter prioritaires certains domaines de la recherche médicale, telle que la recherche sur le SIDA. Le budget total de celle-ci serait d'environ 10 millions de dollars à 11 millions de dollars. La recherche financée par le CRM dans ce domaine est excellente, nous en avons déjà publié les résultats au début de l'année ou à la fin de l'année passée. Nous essayons, dans la mesure du possible, de faire une certaine publicité pour cette recherche, afin que les spécialistes que cela intéresserait n'hésitent pas à nous soumettre des projets.

J'ai même rencontré certains de ces scientifiques, et parmi ceux qui pourraient être des chercheurs dans ce domaine—il n'y en a pas tant que cela—il y en a beaucoup qui hésitent, pensant arriver trop tard dans un domaine déjà très investi. Je dois dire que le Conseil fait des efforts énormes dans ce domaine.

[Texte]

Mr. Wood: This will be a loaded question for you, I guess. Why do you think that despite the cut-backs in transfer payments for research your budget is still increasing?

Dr. Bois: It is the same for NSERC, the Natural Sciences and Engineering Research Council, and for SSHRC. The reason is that the matching grants policy for the last two years started around 4%, but in the end it rose a little to around 5%. I do not remember. So the last year of the matching is close to 5%.

Further, the government has allocated the three councils an increase in the base starting June 1, 1988. So both of these increases at year 1990 represent 9.7%. These were decisions taken a few years ago. The decision on matching is 1987-88. The decision on the base 1988 is for 5 years. They are both cumulative, and at the end, this year especially, we happen to be around 9%, which is not really a decision made this year. It is simply the continuation of the policy.

• 1020

Mr. Wood: I understand there is a lab here in Ottawa—and we have had some publicity on it—that is one of four in the world racing like mad to isolate the MS gene. Could you give us an update and tell us what is happening?

Dr. Lewis Slotin (Director, Programs Branch, Medical Research Council of Canada): There is a group here in Ottawa that is headed by, I think, Dr. Korneluk, who is doing work that we are funding. We have also funded his basic molecular biology, which is the basis of the search for the gene. There are actually two parallel projects being supported both by us and the MS Society. Dr. Korneluk is an outstanding investigator and the promise there is very real.

Mr. Wood: Are they really close? Are they close to finding something? I get the impression they are.

Dr. Slotin: You are right that there is quite a race going on. Last I heard, they felt they still had a lead and that within the next 12 months they would have something significant to announce.

Mme Roy-Arcelin (Ahuntsic): Docteur Bois, messieurs, bienvenue à notre Comité.

Est-ce que les fonds consacrés à la recherche clinique sont influencés par l'apparition de nouvelles maladies? Par exemple, je ne sais pas si on trouve qu'on accorde une proportion démesurée des fonds à la recherche sur le sida au détriment de la recherche pure et de la recherche sur d'autres maladies.

[Traduction]

M. Wood: Voici maintenant une question un petit peu délicate, je suppose. Comment se fait-il qu'en dépit des coupures imposées aux paiements de transfert destinés à la recherche, votre budget continue à augmenter?

Dr Bois: C'est exactement ce qui se passe pour le Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie, ainsi que pour le Conseil de recherche en sciences humaines. La raison en est que cette politique des subventions de contrepartie, les deux dernières années, est partie de 4 p. 100, pour ensuite se situer aux alentours de 5 p. 100. Je ne me souviens plus du chiffre exact. Pour l'an dernier c'était sans doute proche de 5 p. 100.

De plus le gouvernement a prévu une augmentation du budget de base des trois conseils, prenant effet le 1^{er} juin 1988. Ces deux augmentations représentent pour l'année 1990 un total de 9,7 p. 100. Mais cela fait suite à des décisions qui ont été prises il y a déjà quelques années. La décision de mettre en oeuvre la politique des subventions de contrepartie remonte à l'année 1987-1988. L'autre décision, concernant le budget de base, prise en 1988, sera valable cinq ans. Ce sont donc des augmentations cumulatives, et il se trouve que cette année notamment, notre budget augmente de 9 p. 100, même si la décision n'a pas été prise cette année. Il s'agit simplement de la poursuite d'une politique décidée il y a quelques années.

M. Wood: Je crois que nous avons ici à Ottawa—et on a fait une certaine publicité à son sujet—un laboratoire qui est l'un des quatre laboratoires au monde qui se sont lancés dans une course à fond de train pour être le premier à isoler le gène de la sclérose en plaques. Pouvez-vous nous indiquer ce qui se passe et quelles sont les dernières nouvelles à ce sujet?

M. Lewis Slotin (directeur, direction des programmes, Conseil de recherches médicales du Canada): Il y a un groupe de recherche ici à Ottawa qui est dirigé, je crois, par le docteur Korneluk et dont nous finançons les travaux. Nous avons également financé les travaux du docteur Korneluk dans le domaine de la biologie moléculaire fondamentale, ce qui constitue le fondement de la recherche du gène. Il y a actuellement deux projets dont les travaux se poursuivent en parallèle et qui reçoivent une aide de notre Conseil ainsi que de la Société canadienne de la sclérose en plaques. Le docteur Korneluk est un chercheur exceptionnel et les possibilités de succès sont très réelles.

M. Wood: Approche-t-on vraiment d'une découverte? J'ai l'impression que oui.

M. Slotin: Vous avez raison de dire que la course est très serrée. Aux dernières nouvelles, le groupe d'Ottawa pensait avoir un peu d'avance et pouvoir annoncer des résultats importants au cours des 12 prochains mois.

Mrs. Roy-Arcelin (Ahuntsic): Dr. Bois, gentlemen, I am pleased to welcome you here today.

Could you tell me if the advent of new diseases has an effect on the amounts devoted to clinical research? For instance, I do not know if some believe that there is an excessive amount of money devoted to AIDS research at the expense of basic research and research concerning other diseases.

[Text]

On sait que dans la recherche sur le sida, il y a une course mondiale qui implique des sommes astronomiques. Au Canada comme ailleurs, il y a les maladies cardiovasculaires, les différents types d'arthrite et le cancer qui comptent pour une bonne partie des maux qui affligent notre société.

Pouvez-vous nous dire quel pourcentage des subventions et contributions est consacré à chacune de ces maladies?

Dr Bois: Tout d'abord, vous avez dans le budget des dépenses, à la page 29, la distribution en pourcentage des fonds par grand domaine de recherche. Ces tableaux-là sont un peu approximatifs, parce qu'on ne peut tout de même pas mettre là le nom de chacune des maladies. Ensuite, beaucoup de travaux, par exemple en biochimie, présentent de l'intérêt pour plusieurs pathologies. Donc, ce sont des prévisions au meilleur.

Si on regarde 1988 ou 1987 avec une approche un peu longitudinale, on voit que ce tableau ne change pas beaucoup. Il faudrait des sommes importantes pour faire de gros changements à une distribution de ce genre.

Pour répondre à votre question, il est bien certain qu'en ajoutant 5, 6 ou 7 millions de dollars pour la recherche dans le domaine du sida, on enlève cet argent ailleurs d'une certaine façon. D'un autre côté, tout se tient dans le monde de la biologie humaine.

• 1025

Il semble bien clair que les maladies causées par ce qu'on appelle les rétrovirus sont beaucoup plus nombreuses qu'on aurait pu le croire il y a cinq ou dix ans. S'il y a quelque chose à faire, il faudrait accentuer l'expertise dans le domaine de la rétrovirologie. C'est pour moi une priorité considérable. Cela s'adresse même au cancer, par exemple dans le cas de la leucémie chez les enfants. Cela s'adresse probablement aussi à beaucoup de pathologies du système nerveux, des maladies dégénératives qui, jusqu'à maintenant, n'avaient pas vraiment de cause connue dans bien des cas.

Donc, la recherche dans le domaine du sida est importante pour le traitement éventuel des patients qui souffrent de cette infection, mais elle est aussi extrêmement importante pour augmenter notre compétence dans le monde des virus et des rétrovirus. Il est rare, en biologie humaine, qu'une recherche importante sur un sujet ne soit pas utile et importante pour plus d'un sujet. La physiologie humaine est un tout. C'est parce qu'on n'est pas assez fins pour faire mieux qu'on divise les choses en compartiments. Il le faut pour essayer de comprendre. Mais la pathologie, elle, se manifeste dans l'ensemble de l'organisme.

Pour continuer ma réponse, je dirais que, pour le moment, l'addition de projets dans le domaine des maladies du type sida ne crée pas un déséquilibre important ou grave, mais il est faux qu'il n'en crée pas. C'est certain que cela change l'équilibre. Lorsque le Conseil ne peut pas financer plus de 25 ou 26 p. 100 des projets soumis, il est sûr qu'il a laissé tomber 8 ou 10 p. 100 de projets très bons qui devraient être financés. Mais là on ne discute plus tant du sida que du volume du budget lui-même.

[Translation]

We know that there is an international race to discover a cure for AIDS and that huge amounts of money are involved. In Canada, as elsewhere, we have cardiovascular diseases, various types of arthritis, and cancer, and they account for a substantial part of the health problems our society has to deal with.

Could you tell us what percentage of the total amount of grants and awards is allocated to each one of these diseases?

Dr. Bois: First of all, you will find on page 27 of the estimates document the percentages allocated to the various major research areas. This kind of table gives only an approximation, as it would be quite impossible to indicate each disease by name. In addition, a number of research projects, in biochemistry for instance, are of interest for a number of diseases. Therefore, these figures are, at best, estimates.

When we look at 1988 or 1987 and take a somewhat longitudinal approach, we can see that the situation does not change very much. A distribution of this nature would be modified only if very large amounts were involved.

To answer your question, there is no doubt that an increase of \$5, \$6 or \$7 million in AIDS research financing will, in some way, reduce the amount available for other work. On the other hand, in the area of human biology, everything is connected.

No doubt, the number of diseases caused by what we call retroviruses is much greater than we would have thought 5 or 10 years ago. If something can be done, it should be to increase our knowledge in retrovirology. Personally, I believe this is a top priority. This is also of interest for cancer research, child leukemia, for instance. It is also likely that it has something to do with a number of nervous system diseases, degenerative diseases, that until now did not really have a known cause in many instances.

Therefore, not only is AIDS research important in order to find a treatment for AIDS patients, it is also of utmost importance with regard to increasing our knowledge of viruses and retroviruses. It is a rare occurrence indeed, when an important research project on some aspect of human biology does not have a useful and important impact on several other aspects. Human physiology is a whole, it is only because we are not smart enough to find a better solution that we divide it into compartments. We have to do it in order to try to understand. But the disease affects the organism as a whole.

In addition, I would say that for the time being, an increase in the number of projects dealing with diseases such as AIDS does not create an important or serious imbalance, but it would be wrong to say that it does not create any imbalance. Certainly, the balance has been altered. Since the Council cannot finance more than 25% or 26% of the projects it receives, it is obvious that it was necessary to refuse financing to 8% or 10% of very good projects that should have been financed. But this is not so much an AIDS issue as a concern that relates to the size of the budget.

[Texte]

On parlait tout à l'heure d'une augmentation de 9 p. 100. D'après l'expérience que l'on peut avoir, et si on regarde l'évolution des Américains, dans le domaine de la recherche biomédicale, une augmentation de 15 à 16 p. 100 des coûts et de l'expansion rencontrerait à peu près les besoins dans les années actuelles, mais c'est évidemment plus élevé que ce que l'on peut avoir. Avec 9 p. 100, on est quand même compétitifs avec d'autres pays. On se compare aux Américains, bien sûr, mais on peut aussi se comparer à d'autres. À 9 p. 100, on n'est pas si mal.

Mme Roy-Arcelin: Docteur Bois, on sait que la tendance veut que la recherche biomédicale se fasse de moins en moins dans les labos des universités, mais plutôt dans des centres et hôpitaux affiliés à celles-ci. Est-ce que cela n'a pas réduit la recherche pure pour favoriser la recherche clinique?

Dr Bois: Cette question a des racines extrascientifiques. Les chercheurs ont trouvé plus accueillants les laboratoires hospitaliers, souvent tout neufs. Étant donné la proximité de patients et de cliniciens, le milieu est souvent plus stimulant. En fait, ils font exactement la même recherche qu'ils faisaient au Département de physiologie de l'Université de Toronto, par exemple.

En d'autres termes, cela n'a pas changé beaucoup la recherche. Les problèmes qui sont posés sont les mêmes. Aujourd'hui, dans la plupart des grandes pathologies, les solutions se retrouvent dans le domaine de la biologie moléculaire et de la génétique moléculaire.

• 1030

C'est vraiment fondamental au point de vue de l'approche, mais c'est aussi très près du malade. S'il en résulte une identification d'un gène pour telle ou telle pathologie, on peut immédiatement songer à trouver des palliatifs ou de meilleurs moyens de diagnostic que ceux qu'on avait auparavant. On améliore en somme la situation.

La situation est chez les malades; elle n'est pas dans les sciences de base. Si ce qu'on fait ne produit pas d'avantages au niveau des malades, il vaut mieux laisser tomber.

Mme Roy-Arcelin: Est-ce qu'il y a une consultation qui s'effectue entre les différents organismes de financement quand il s'agit de décider des secteurs de recherche qui devraient obtenir la priorité? Est-ce qu'il ne serait pas souhaitable que les experts de chacun de ces organismes s'unissent pour donner une véritable direction à la recherche au Canada? Est-ce que vous consultez des organismes à l'extérieur du Canada?

Dr Bois: On parlait tout à l'heure de comités conjoints avec l'Institut national du cancer ou la Fondation des maladies du cœur. Ces comités ont un peu cet objectif. D'un autre côté, dans les faits, c'est déjà une chose réalisée. Le montant que le Conseil de recherches médicales attribue à la recherche dans le domaine des maladies mentales, des sciences neurologiques et des maladies du système nerveux est assez considérable. Cela dépend de bien des raisons.

[Traduction]

A little while ago, we mentioned a 9% increase. In the area of biomedical research, on the basis of our experience, and if we look at what the Americans are doing, a 15% to 16% increase in our budget and activities, would more or less meet our present needs, but that is obviously more than what we can get. With 9%, we are still competitive with other countries. Of course, we compare ourselves with the Americans, but we might also compare ourselves with other countries. With a 9% increase, things are not too bad.

Mrs. Roy-Arcelin: Dr. Bois, we know that the present trend is that there is less and less biomedical research conducted in universities, to the benefit of research centres and their affiliated hospitals. Does this indicate that there is less basic research and more clinical research?

Dr. Bois: The reasons for this situation are not scientific. Researchers found that hospital laboratories were more welcoming, brand new in many cases. Given that patients and clinicians are close at hand, the environment is often more stimulating. In point of fact, scientists conduct exactly the same research as they used to at the Department of Physiology of the University of Toronto, for instance.

In other words, this has not much affected research itself. The issues remain the same. Today, for most of the major diseases, solutions are to be found in the areas of molecular biology and molecular genetics.

This is basic in terms of approach, but it is also very much patient-related. Should the research show a linkage between a specific gene and this or that disease, it is immediately possible to start searching for palliatives or diagnostic techniques that would be better than those previously available. Thus, the situation is improved.

The issue is the patient, not basic science. If what we are doing does not bring benefits to the patients, it is better to terminate the project.

Mrs. Roy-Arcelin: Are there consultations among the various funding organizations in order to determine priorities among the research areas? Would it not be desirable for experts from each of the organizations to get together and actually determine the orientation of Canadian research? Do you have consultations with organizations outside Canada?

Dr. Bois: We have already mentioned the joint committees we set up with the National Cancer Institute and with the Canadian Heart Foundation. To a limited extent, these committees pursue that objective. On the other hand, in actual fact, this goal is already achieved. The Medical Research Council provides rather substantial amounts for research in the areas of mental diseases, neurological sciences, and diseases of the nervous system. There are many

[Text]

L'une des raisons est que très peu d'organismes privés ont des ressources ou produisent des fonds substantiels dans ce domaine-là. Alors, la large charge de cette recherche revient au Conseil. Dans le cas des maladies du coeur, la Fondation des maladies du coeur recueille près de 25 millions de dollars dans le public, si je me souviens bien. Le Conseil ne consacre pas beaucoup à la recherche sur les maladies cardiovasculaires—je crois qu'il y consacre 10.8 millions de dollars—parce qu'il y a déjà 25 millions de dollars qui sont dispensés par la Fondation des maladies du coeur.

Donc, dans la réalisation de la recherche, cette coordination s'est faite un peu d'elle-même, mais je suis bien d'accord avec vous qu'il y aurait grand avantage à mieux la coordonner.

Mr. McCurdy: Between 1984-85 and 1986-87, as shown on page 24, you had a relatively constant level of applications and a decreasing success rate. In the years 1986-87 and 1987-88 there was a dramatic drop in the number of applications received, followed by an increase in the percentage of successful applications. What happened there? It is not understandable from the legend to the figure.

Dr. Bois: I think the legend should state a bit more than it does at the moment. This occurred because we went from two competitions for new grants to only one, but perhaps Dr. Slotin could give you more on this.

• 1035

Dr. Slotin: That is exactly what happened. In 1984-85 through 1986-87 we had two new grant competitions, the spacing of which allowed people to come back for the second who had gone into the first. So what you have is a great deal of double counting in the first grouping—

Mr. McCurdy: Oh, I see.

Dr. Slotin: —so that if you factored that out, actually it is a gradual rise over the three years in terms of individuals. But in terms of number of applications, you get a lot of duplication because of the two competitions.

Mr. McCurdy: It used to be that MRC was characterized by the fact that it provided grants to those doing medical research in medical schools or in institutions associated with medical schools but not to researchers who do medical research that is not associated with medical schools. Has that practice changed at all?

Dr. Bois: Mr. Chairman, I must conclude that the member has been with this committee or some other committee for a long while, because it has changed, yes. It did not change in a dramatic way, but if you look over a span of ten years, going back to 1979-80, ten years or so, the number of projects that came from—and you have a list of universities that also now have grants, on page 34—we have received more and more applications from universities where

[Translation]

reasons for this and one of them is that very few private organizations have sufficient resources, or raise substantial amounts, in those particular areas. Therefore, the Council must provide most of the research funding in those particular fields. With regard to heart diseases, the public fundraising activities of the Heart Foundation, bring in close to \$25 million, if memory serves. Consequently, the Council does not provide very large amounts for cardiovascular research—I believe that the amount is \$10.8 million—and this is because the Heart Foundation already has \$25 million available for that activity.

In so far as actual research is concerned, therefore, the co-ordination is more or less automatic. However, I quite agree with you that it would definitely be of benefit to improve coordination.

M. McCurdy: D'après le tableau de la page 26, le nombre de demandes que vous avez reçues est demeuré relativement constant de 1984-1985 à 1986-1987 alors que le taux d'approbation des demandes enregistrait une réduction. Pour 1986-1987 et 1987-1988, le nombre de demandes reçues a chuté d'une façon très marquée et cela a été suivi d'une augmentation du pourcentage de demandes approuvées. Que s'est-il passé? La légende qui accompagne le tableau n'explique rien.

Dr. Bois: Effectivement, la légende devrait apporter plus d'explications qu'elle n'en donne. C'est le fait que le nombre de concours ait été ramené de deux à un qui explique cette situation, mais je pense que le docteur Slotin pourrait vous donner une explication plus détaillée.

Dr. Slotin: C'est exactement ce qui s'est passé. De 1984-1985 à 1986-1987, nous avions deux concours pour l'octroi de subventions, séparés par une période suffisamment longue pour permettre à ceux dont la demande n'avait pas été approuvée lors du premier concours, de la soumettre à nouveau lors du deuxième. En conséquence, un bon nombre de demandes sont comptées deux fois dans ce premier groupe. . .

M. McCurdy: Ah, je vois.

Dr. Slotin: . . .et une fois que l'on tient compte de cela, on constate qu'il y a eu, en fait, une augmentation graduelle du nombre d'individus présentant une demande au cours de ces trois années. En ce qui concerne le nombre de demandes, il y a beaucoup de répétitions du fait des deux concours.

M. McCurdy: Il fut un temps où le CRM était connu pour sa pratique de donner des subventions à ceux dont les travaux de recherche se faisaient dans les facultés de médecine ou dans des institutions rattachées aux écoles de médecine, sans toutefois les accorder aux chercheurs dont les travaux n'étaient pas liés à une faculté de médecine. Avez-vous modifié cette pratique d'une façon quelconque?

Dr. Bois: Monsieur le président, je dois conclure que le membre du comité participe à ces travaux, ou à ceux d'un autre comité, depuis longtemps, car, oui, cette pratique a été changée. Cela ne s'est pas fait brutalement, mais si on considère les dix dernières années, remontant à 1979-1980, on constate que le nombre de projets présentés par des universités qui n'ont pas d'école de médecine et donc, par conséquent, pas d'école dentaire ou d'école de pharmacie, a

[Texte]

there is no medical school and, by definition, no dental or pharmacy. A good number of these applications were in the area of microbiology and also in the so-called health sciences, that is, physiotherapy or physiology. There are some excellent teams there that have progressed through the past five, six or seven years. So that was non-existent, if it is what you are saying. In the 1970s we really had nothing there.

Further, after many discussions we came to an arrangement with NHRDP for the funding of research in the area of nursing, because NHRDP within the department was a traditional agency to fund nursing research and nurses were not entirely satisfied with that. So we now have a joint program with them. Therefore, you see more MRC funds in non-medical professions and also in universities without the traditional medical-dental pharmacy but with health science or some form of it.

Mr. McCurdy: Let me give you some specific examples. MRC is very likely, for example at the University of Western Ontario, to fund research on cell wall or membrane structure, capsule synthesis, research at the molecular biological level that has really very little to do except by virtue of the usual relationship to very basic research that is not oriented towards health directly, to ultimate provision of knowledge that would allow one to adapt it to some practical medical use. On the other hand, you may have a researcher in a university that has no medical school in fact doing quite direct research on pathogenesis, in animal systems, for example, with the specific, explicit purpose of providing medically useful knowledge.

This relates to the question that was raised earlier about co-ordination. Surely if there is an overview there about research that is appropriately medical, it should not make a damn bit of difference whether that research is going on in a medical school, in a university that has a medical school there but research elsewhere, or whether that research is done by an MD. But I gather what you are saying is that you do provide more support for health-related research in universities that do not have medical schools, but where is this? Well, this is nursing research or something related to that. At least, that is what I understood you to say. Perhaps from some perspective it is not directly scientific research, which cannot fall under any other umbrella except MRC.

[Traduction]

augmenté d'une façon continue. D'ailleurs, vous trouverez à la page 37 la liste des universités qui reçoivent des subventions. Un bon nombre de ces demandes concernent la microbiologie et également ce qu'on appelle les sciences de la santé, c'est-à-dire la physiothérapie ou la physiologie. On trouve dans ces universités d'excellentes équipes qui ont réalisé des progrès au cours des cinq, six ou sept dernières années. Cette situation n'existait pas auparavant si c'est à cela que vous pensez. Au cours des années 70, nous n'avions vraiment rien dans ce domaine.

De plus, après bien des discussions, nous avons conclu une entente avec le Programme national de recherche et de développement en matière de santé dans le domaine des soins infirmiers car ce programme du ministère était l'agence traditionnelle de financement de la recherche en matière de soins infirmiers ce qui ne satisfaisait pas complètement les infirmières. Nous avons donc créé un programme conjoint avec le PNRDS. En conséquence, le CRM consacre plus de fonds aux professions autres que médicales ainsi qu'aux universités qui n'ont pas le programme d'étude traditionnel, médical, dentaire, pharmacologique, mais qui ont un programme de sciences de la santé sous une forme quelconque.

M. McCurdy: Permettez-moi de vous donner des exemples spécifiques. Il est fort probable, par exemple, que le CRM pourrait accorder une subvention à l'université de Western Ontario pour y financer des travaux de recherche sur la structure de la membrane de la cellule, la synthèse de la capsule, ou dans le domaine de la biologie moléculaire, qui n'ont vraiment pas grand-chose à voir avec l'acquisition de connaissances que l'on pourrait adapter d'une façon pratique à des fins médicales, si ce n'est en vertu du lien usuel avec la recherche fondamentale qui n'est pas directement orientée vers les questions touchant la santé. D'autre part, il est possible qu'un chercheur dans une université qui n'a pas d'école de médecine fasse de la recherche directe sur la pathogenèse dans les systèmes animaux, par exemple, dont le but spécifique et explicite est d'obtenir des connaissances utiles dans le domaine médical.

Ceci nous ramène à la question qui a déjà été soulevée, celle de la coordination. Tout de même, si les recherches jugées à juste titre d'ordre médical se situent dans un cadre général, le fait qu'elles soient effectuées dans une école de médecine, ou dans une université qui a une école de médecine mais effectue ses travaux de recherche ailleurs, ou encore le fait que la recherche soit faite par un médecin ou non, ne devrait avoir aucune espèce d'importance. Toutefois, d'après ce que vous dites, je crois comprendre que vous accordez un peu plus d'aide à la recherche dans les domaines liés à la santé qui se fait dans des universités qui n'ont pas d'école de médecine; mais dans quels domaines? Eh bien il s'agit de la recherche dans les soins infirmiers ou quelque chose du genre. Tout au moins c'est ce que j'ai cru vous entendre dire. Peut-être que vu sous un certain angle ce n'est pas directement de la recherche scientifique et personne d'autre que le CRM ne pourrait s'en occuper.

[Text]

[Translation]

• 1040

Dr. Bois: I am sorry, but my exposé was perhaps not clear enough. I gave the example of nursing simply to give an example of another profession. In other universities without medical schools, by definition, this is certainly research that we support performed by non-MDs. As a matter of fact, the majority of researchers in biomedical sciences today are not MDs. That was true in the 1980s. I fully agree with you. If you have a candidate with an interesting research project in physiology, he simply has to apply to the council and it will be looked at. If he is not funded that is because of the quality of the project, not because of the university. We receive projects from everywhere. There is no—

Mr. McCurdy: Has there been since, say, 1980 an explicit decision that this is so?

Dr. Bois: It began probably in the late 1970s. But I was not there at that time. I was there earlier and then in the 1980s. It has grown largely through applications that were submitted to the council. I visited universities without medical schools. A couple of weeks ago I was in a university in southern Ontario, Waterloo. I spent a day and a half there. They have some excellent research. We fund some researchers there. So I do not see any major problem. I tell them all the same thing. They tell me, if we apply... Well, if you do not apply, you certainly will not be contacted.

Mr. Fontana (London East): Let me take this opportunity to thank MRC for the contribution it makes to the University of Western Ontario in London. I know you fund an awful lot of programs there. We are truly appreciative and do not question at all the value of those research projects—

Mr. McCurdy: Oh God, I do not either.

Mr. Fontana: —because of the fact that they are dedicated to medical research. I think the chairman asked about the matching grants policy and in your opening statement you talked about it. This program is coming to the end of its useful life and a review is going on. You did indicate that more than enough matching funds from the private sector are applied for and at that point you can always fill your part of the bargain.

I want to know where you are going with the matching grants policy. This is the fifth year. Is the matching funds program a good way to go? Has it done what you expected it to do back in 1986 through to 1991? Is that the proper vehicle by which one could collaborate with the universities in the private sector? Perhaps you can outline some of the alternatives. I am sure those people who are waiting for an answer would like to know in what direction MRU or MRC is heading with respect to the matching funds policy.

Dr Bois: Mon exposé n'était peut-être pas suffisamment clair et je m'en excuse. J'ai pris l'exemple du nursing simplement parce que je voulais citer une autre profession. Dans d'autres universités qui n'ont pas d'école de médecine il est évident que la recherche que nous finançons n'est pas faite par des médecins. D'ailleurs, la majorité des chercheurs dans le domaine biomédical ne sont pas des médecins de nos jours. Cela était déjà vrai dans les années 80. Je suis d'ailleurs tout à fait d'accord avec vous. Si un candidat présente un projet de recherche intéressant en physiologie, il n'a qu'à soumettre son projet au Conseil et nous l'examinerons. L'approbation du projet sera liée à sa qualité et non à l'université. Nous recevons des projets qui viennent de partout. Il n'y a pas. . .

M. McCurdy: Depuis, disons 1980, est-ce qu'il y a eu une décision explicite à ce sujet?

Dr Bois: Cela a probablement commencé vers la fin des années 70. Je n'y étais pas à ce moment-là, j'y avais été antérieurement et j'y suis revenu ensuite dans les années 80. Cette évolution a découlé en grande partie de la nature des demandes soumises au Conseil. J'ai visité des universités qui n'ont pas d'école de médecine. Il y a deux semaines environ j'ai visité une université du sud de l'Ontario, l'Université de Waterloo, où j'ai passé un jour et demi. On y fait d'excellents travaux de recherche et nous finançons plusieurs chercheurs qui y travaillent. Donc je ne crois pas qu'il y ait de problème important dans ce domaine. Je dis à tout le monde la même chose et ils me répondent: si nous présentons une demande. . . eh bien, si on ne dépose pas de demande il est évident que l'on ne se mettra pas en rapport avec vous.

M. Fontana (London-Est): Je saisis cette occasion pour remercier le CRM de la contribution qu'il a apportée à l'université de Western Ontario à London. Je sais que de nombreux programmes de cette université sont financés par le Conseil. Nous sommes vraiment reconnaissants et nous ne mettons pas du tout en cause la valeur de ces projets de recherche. . .

M. McCurdy: Seigneur! Moi non plus.

M. Fontana: ...car il s'agit de recherche médicale. Je crois que le président vous a posé une question au sujet des subventions de contrepartie que vous avez déjà mentionnées dans votre déclaration d'ouverture. Ce programme arrive à terme et fait actuellement l'objet d'un examen. Vous avez précisé que les demandes de fonds de contrepartie du secteur privé sont plus que suffisantes et que, pour le moment, vous avez toujours pu remplir vos obligations.

Je voudrais savoir où se situe actuellement la politique des subventions de contrepartie. Ce régime en est à la cinquième année, est-il satisfaisant? Pour la période de 1986 à 1991, avez-vous obtenu les résultats escomptés? Est-ce là le meilleur mécanisme pour assurer la collaboration entre les universités et le secteur privé? Vous pourriez peut-être nous présenter les grandes lignes de certaines des solutions de rechange. Je suis sûr que ceux qui attendent une réponse aimeraient savoir dans quelle direction le CRM s'oriente à l'égard de la politique du financement de contrepartie.

[Texte]

• 1045

Dr. Bois: As I said a moment ago, this is currently being discussed by the three councils and also with the Minister for Science, Mr. Winegard. You have to distinguish the matching grants policy, which is related to a process of budgeting, and the university-industry program of the council, which has an objective of increasing private sector contributions, but in the case of MRC the private sector contribution is already existing through donations by the public to hospitals, institutes and so forth, which donations are fairly substantial and account for the requirement of the matching policy through Treasury Board.

The objective of the policy also was that the funds we would receive from Treasury Board through the matching were to be used according to the council's own policy.

Policy was developed further with this university-industry program on the one hand, but on the other hand we were not to disrupt the entire operation having more funds in this area than we could use. So in the end, I find it difficult to discuss the matching policy as a policy.

Mr. Fontana: Doctor, you raise a very good point, but as you know, an awful lot of effort goes into raising those private funds, and one of the ways of raising those private funds is to say: if you give me a dollar for a worthwhile project, I can get another dollar. If you take away the incentive by saying the government is not going to be involved in a matching grants policy, I suggest to you that the private sector funding will then drop off, and what you said is already existent may not very well be there at all, which essentially means that you have less dollars going into research.

It is an incentive, and if you take away that incentive you will find that you will have less dollars. No matter where those dollars come from, you will have less dollars going into research. That is where the problem begins, because right now there is an incentive for the private sector to get involved because there is a matching fund program.

If you take that away, I suggest to you that the private sector may not be as willing or as forthcoming as it has been in the past, because you developed an incentive program and then you cut it off. I am not sure that it is going to be there. If you do not have those matching funds, what are you going to replace them with so that the level of research funding totally is not diminished?

If you add your base funding, plus what you give in matching funds, at the end, in 1991 or 1992, are you going to be recommending an upper level of research funding, taking into account what you have lost through the matching fund policy?

Dr. Bois: These are options that were suggested as a next step after the matching policy. I would like to say that I do not think the public has really felt this matching effect. It is not that visible, and that was one of the criticisms of the

[Traduction]

Dr Bois: Comme je l'ai dit il y a un instant, les trois conseils ainsi que le ministre responsable des sciences, M. Winegard, discutent actuellement de la question. Il faut faire la distinction entre les subventions de contrepartie, qui sont liées au processus de budgétisation, et le programme de collaboration entre les universités et les industries du Conseil, qui a pour objectif d'augmenter la participation du secteur privé; dans le cas du CRM toutefois, il existe déjà une participation du secteur privé sous forme de dons accordés par le public aux hôpitaux, aux instituts, etc. Ces dons sont assez importants et ce sont eux qui ont amené le Conseil du Trésor à établir cette politique de subventions de contrepartie.

L'objectif de la politique voulait également que ce financement reçu du Conseil du Trésor à titre de contrepartie soit utilisé selon la politique propre au Conseil de recherches médicales.

Cette politique a d'une part été élargie avec le Programme université-industrie, mais il ne fallait pas d'autre part compromettre l'ensemble de l'opération en ayant plus de fonds dans ce domaine que nous ne pouvions en utiliser. En définitive donc, il me paraît difficile d'envisager la politique de contrepartie comme étant une politique à proprement parler, et d'en discuter sous cet angle.

M. Fontana: Docteur, vous avez soulevé un problème très important, mais comme vous le savez, on déploie beaucoup d'efforts pour obtenir ces fonds privés, et l'une des méthodes employées consiste précisément à dire: si vous me donnez 1\$ pour un projet valable, je peux obtenir un autre dollar. Si vous supprimez cet encouragement en disant que le gouvernement ne va pas participer à une politique de subventions de contrepartie, il me semble que le financement du secteur privé va diminuer et que les sommes auxquelles vous avez fait allusion pourraient disparaître, ce qui veut dire en gros que l'on aura moins de dollars à consacrer à la recherche.

C'est une sorte d'encouragement, et si vous le supprimez, vous constaterez que vous aurez moins d'argent. peu importe d'où viennent ces dollars, vous aurez moins de dollars à consacrer à la recherche. C'est là que commence le problème, car à l'heure actuelle le secteur privé est encouragé à participer parce qu'il existe un programme de financement de contrepartie.

Si vous le supprimez, j'ai l'impression que le secteur privé ne sera pas aussi prêt ni aussi disposé à participer que par le passé, parce que vous avez créé ce programme d'encouragement et que vous l'avez ensuite supprimé. Je ne suis pas sûr que cette participation continue. Si ce financement de contrepartie n'existe plus, avec quoi allez-vous le remplacer pour que le financement total de la recherche ne diminue pas?

Si vous ajoutez votre financement de base à ce que vous donnez en financement de contrepartie, allez-vous en définitive, en 1991 ou en 1992, recommander un financement plus important de la recherche, compte tenu de ce que vous aurez perdu si vous éliminez la politique de financement de contrepartie?

Dr Bois: Ce sont des solutions qui ont été proposées comme étape suivante après la politique de contrepartie. J'avoue ne pas croire que le public se soit vraiment rendu compte de ces mesures de contrepartie. Elle ne sont pas si

[Text]

program, that it is not that visible. We fund a number of university-industrial projects where the industry or private sector will fund half the cost. That they see. But when you talk of matching, as far as the policy itself is concerned it is a bit far, because the matching is done with the sum of the other resources the public has provided for research to universities and hospitals across the country.

• 1050

Mr. Fontana: Visibility is what the MRC and the government want. I suggest you could make your programs much more visible, even if it is on a matching fund basis, by marketing it so that people will recognize that the MRC and the government are contributing to the overall research.

With respect to the human resources within research, I wonder if there is a crisis in trying to attract people to the sciences or even in keeping them here instead of letting them drift off to other countries, where there might be more emphasis on research. The brains in this country are going to move where the opportunities are. In reviewing the fellowships and studentships, there seems to be an increase in the applications approved. Is it a goal of MRC to fund research so as to make sure the human resources in this country do not go to the United States or Europe, where there are more research opportunities?

Based on what Mr. McCurdy said about a looming probability of not attracting the kind of people we need, or keeping the ones we already have, is it a serious mandate of yours to make sure we have a human infrastructure that is vibrant and will continue to grow?

Dr. Bois: Exactly. That is why council modified a few programs in order to improve the training and recruitment capability in research.

Mr. Fontana: There is a tremendous amount of interest there. If you wanted to get aggressive, or if you believed there was a crisis in attracting and keeping people, do you think you could be developing more programs or looking at a formula that would allow you to keep these people and attract more?

Dr. Slotin: There are several things that are operative here. One is the direct awards that the council provides. If you look just at training, fellowships and studentships, the council has put more money into that program over the last few years. But there has been a marginal increase. Second, there is an equal number of people supported for training through the operating grants program. They do not show up in the statistics here, so the MRC contribution to training can be looked at as double that in actual people.

Mr. Fontana: Where would I find that information? Is it somewhere in here?

[Translation]

évidentes, et c'était l'une des critiques faites à l'égard du programme, à savoir qu'il n'était pas si évident. Nous finançons un certain nombre de projets université-industrie pour lesquels l'industrie, c'est-à-dire le secteur privé, va financer la moitié des coûts. Cela, le public le voit. Mais lorsque vous parlez de contrepartie, pour ce qui est de la politique proprement dite, c'est un peu plus flou, parce que la contrepartie est accordée en fonction des montants fournis par le public pour la recherche effectuée dans les universités et les hôpitaux du pays.

M. Fontana: Le CRM et le gouvernement veulent que ce programme soit mieux connu du public. Il me semble que vous pourriez faire connaître vos programmes davantage, même lorsqu'ils reçoivent un financement de contrepartie, en les commercialisant pour que le public voit que le CRM et le gouvernement participent à la recherche en général.

Quant aux ressources humaines dans le domaine de la recherche, je me demande si l'on est dans une situation de crise pour ce qui est d'attirer des gens vers les sciences ou même de garder nos scientifiques au lieu de les laisser s'en aller vers d'autres pays où l'on accorde peut-être davantage d'importance à la recherche. Les «cervaux» de notre pays vont s'en aller là où il existe des possibilités. Lorsque l'on examine l'octroi des bourses de recherche et des bourses d'études, il semble qu'il y ait une augmentation des demandes approuvées. Est-ce l'un des objectifs du CRM de financer la recherche afin de veiller à ce que nos ressources humaines ne s'en aillent pas aux États-Unis ou en Europe où les possibilités de recherche sont plus nombreuses?

D'après ce que M. McCurdy a dit, à savoir qu'il est possible que l'on n'attire pas les gens dont on aura besoin et que l'on ne garde pas ceux qu'on a déjà, avez-vous, entre autres mandats importants, l'obligation de veiller à ce que l'infrastructure humaine reste dynamique et continue à croître?

Dr Bois: Exactement. C'est pour cela que le Conseil a modifié certains programmes afin d'améliorer les capacités de formation et de recrutement dans le domaine de la recherche.

M. Fontana: On s'intéresse énormément à cet aspect de la question. Si vous vouliez faire preuve de dynamisme, et si vous croyiez à cette crise éventuelle des ressources, pourriez-vous mettre au point davantage de programmes ou essayer de trouver une formule qui vous permette de garder le personnel scientifique dont vous disposez et d'en attirer davantage?

Dr Slotin: Il y a plusieurs facteurs qui entrent en ligne de compte. Tout d'abord il y a les bourses que le Conseil accorde directement. Si vous regardez uniquement la formation, les bourses de recherche et les bourses d'études, le Conseil a consacré davantage d'argent à ce programme ces dernières années. Mais l'augmentation a été marginale. Deuxièmement, nous subventionnons la formation d'un nombre aussi important de gens dans le cadre du Programme des subventions de fonctionnement. Cela ne figure pas dans les statistiques qu'on voit ici, de sorte que le nombre de personnes qui profitent de l'aide du CRM pendant leur formation est à peu près le double du chiffre cité.

M. Fontana: Où pourrais-je trouver ces renseignements? Figurent-ils dans ce document?

[Texte]

Dr. Slotin: It is not in here, I do not believe.

Mr. Fontana: I wonder if you could provide us with that.

Dr. Slotin: Certainly. The MRC is very much aware that the other voluntary agencies and other sources are also putting money into training. The joint examination of the whole issue of personnel in the future is one item that is being looked at. There are a lot more people being trained than one sees simply through the bald-faced numbers of the studentships and fellowships.

The other component is the scientist and scholarship program. This is where salary is provided and this provides the opportunity for recruitment, getting people back from other countries and so on. Again the MRC provides about 350 salaries in this current year for exactly that purpose. The total number across the whole system, when you take all the other agencies and so on into account, is close to 1,000. The effort is therefore substantial. This is where the co-ordination and, if you like, the complementarity between the various agencies is demonstrated.

• 1055

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Docteur Bois, le Conseil a un comité permanent des communications. Le budget du Conseil est assez élaboré, avec les bourses et tout. Il me semble que ce n'est pas suffisamment connu du grand public. Votre communication se fait surtout pour le bénéfice des chercheurs et des universités, j'imagine. Est-ce que vous avez un volet pour le grand public?

Dr Bois: J'aimerais d'abord vous mentionner que nous avons pu donner un peu d'essor au domaine des communications depuis environ deux ans. On essaie de rejoindre le grand public, mais dans un premier temps, il fallait absolument recréer un lien avec le monde de la recherche. Il n'y a pas longtemps, nous avons produit un petit document sur le sida. Vous l'avez peut-être reçu. Avec ce document, on tente une approche vers le public. M. Saint-Jean, le directeur des communications, pourrait vous en parler un peu plus longuement.

M. Denis Saint-Jean (directeur des communications, Conseil de recherches médicales du Canada): Nous sommes en train de préparer une stratégie de communication en plusieurs volets pour le Conseil. Les deux grands volets sont la communication avec le grand public et la communication avec la communauté scientifique. Les deux sont très importants.

Il faut préparer tous nos joueurs, et les scientifiques et nous-mêmes, à communiquer cela. Lorsqu'on aura établi cette stratégie de communication avec le comité permanent des communications, qui est composé de certains membres du Conseil, on pourra aller de l'avant.

On fait beaucoup plus de communication qu'on en faisait déjà. On a un programme de communiqués de presse et un programme de publications qui est en train d'être révisé, et on commence maintenant à communiquer avec le grand public.

[Traduction]

Dr Slotin: Non, pas ici, je ne crois pas.

M. Fontana: Pourriez-vous nous les fournir?

Dr Slotin: Certainement. Le CRM sait aussi parfaitement que d'autres organismes du secteur bénévole et d'autres sources consacrent également de l'argent à la formation. On envisage de faire appel à tous les intéressés pour examiner toute cette question du personnel à l'avenir. Il y a beaucoup plus de gens qui reçoivent une formation que ne le révèle un simple examen du nombre de bourses de recherche et de bourses d'études.

Le Programme des bourses pour scientifiques constitue une autre facette de la question. Cela permet d'offrir des salaires et de recruter des gens, de les faire revenir d'autres pays, etc. Une fois encore le CRM fournit environ 350 salaires dans ce but précis pendant l'exercice en cours. Environ 1,000 personnes sont visées, si l'on tient compte des autres organismes, etc. Il s'agit donc d'un effort important. Et c'est la preuve d'une certaine coordination, si vous le voulez, d'une complémentarité entre les divers organismes.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): Dr. Bois, the Council has a permanent committee on communications. The budget of the Council is quite complex with all the awards and so on. I feel the public at large is not fully aware of it. I guess your communication operations are mostly aimed at researchers and universities. Is any provision made for informing the general public?

Dr. Bois: I want to mention first of all, that we have been able to expand our communication efforts in the last two years approximately. We try to reach the general public, but as a first step, we had to renew our link with the research environment. Not long ago, we produced a small document on AIDS. Perhaps you received it. It is with that kind of document that we are attempting to reach the public. Mr. St-Jean, Director of Communications, could give you more details.

Mr. Denis Saint-Jean (Director of Communications, Medical Research Council of Canada): We are preparing a communications strategy for the Council with several facets to it. The two main components are communication with the public at large and communication with the scientific community. Both are very important.

We have to get all those concerned, the scientists and ourselves, ready to participate. When we have established our communications strategy with our communications committee composed of a few members of the Council, we will be able to go forward.

We do more in the way of communication now than was the case before. We have a press release program and a publications program that are being reviewed and we are just beginning to communicate with the public at large.

[Text]

Mme Bertrand: On se fait souvent blâmer de ne pas être assez assez à l'avant-garde de la recherche, que ce soit la recherche et développement, la recherche médicale ou la recherche dans le sens large du mot. Si le public était plus au courant de ce qui se fait par le Conseil, on reconnaîtrait les efforts que vous et le gouvernement faites.

Mr. Wood: When deciding what project to fund, do you take in any regional considerations? Do they come into question at all? I am talking about northern remote areas, depressed areas.

Dr. Bois: The first element in the funding process is the quality of the application. In other words, the council will not fund a project simply because it is, let us say, on AIDS, which is urgent and important. The council has always maintained a policy of funding according to the best-of-theory review system, the best proposals. You might say that we could fund a few others, that no one knows the future and so forth, but we have to go by a rule and a system. This is the one that has been adopted.

• 1100

We are not the only ones, I must say. NIH, or INSERM in France, or MRC in Great Britain, all use the same process, with some variation.

Mr. Wood: One last question. About the matching grants, how much say does the private sector have in terms of what research is conducted?

Dr. Bois: As contributions?

Mr. Wood: Yes. When you are matching grants, how much say does the private sector have? Do they have any say in what research is conducted?

Dr. Bois: Of course, because the projects are formulated by the researchers most of the time in conjunction and collaboration with scientists in one industry, or sometimes two. So they already have had a very total review of what they intend to do and how they would do it. Our only concern is that the industry or private concern, depending, will provide about 50% of the cost. But the initiation is from the researcher level first.

The Chairman: Dr. Bois, and officials, may I extend to you our sincere thanks for appearing before the committee this morning. I think it is evident by the questions that the interest is here.

The meeting is adjourned.

[Translation]

Mrs. Bertrand: We very often get criticized for not being at the forefront of research, whether it be research and development, medical research or research generally speaking. If the public were more aware of what the Council does, people would recognize the efforts the Council and the Government are making.

M. Wood: Lorsque vous décidez des projets que vous allez financer, tenez-vous compte de considérations régionales? Figurent-elles même un tant soit peu dans vos préoccupations? Je veux parler des endroits éloignés du Nord, de régions économiquement faibles.

Dr Bois: Le premier élément dont nous tenons compte dans le processus de financement est la qualité de la demande. En d'autres termes, le Conseil ne financera pas un projet simplement parce qu'il porte, par exemple, sur le SIDA, qui est un problème d'une urgence et d'une importance certaines. Le Conseil a toujours pratiqué une politique de financement selon le mérite des propositions. Certains pourraient dire qu'on pourrait financer quelques autres projets, que personne ne connaît l'avenir, mais il nous faut suivre une règle, respecter un système, et c'est celui que nous avons adopté.

Et je dois dire que nous ne sommes pas les seuls. Le NIH, l'INSERM en France ou le MRC en Grande-Bretagne utilisent tous le même procédé, à quelques variantes près.

M. Wood: Une dernière question, qui concerne les subventions de contrepartie. Quelle part le secteur privé a-t-il dans les décisions concernant la recherche effectuée?

Dr Bois: À titre de participation?

M. Wood: Oui. Lorsqu'il y a des subventions de contrepartie, dans quelle mesure le secteur privé participe-t-il aux décisions? A-t-il son mot à dire sur la recherche entreprise?

Dr Bois: Bien sûr, car les projets sont mis au point la plupart du temps par les chercheurs en collaboration avec les scientifiques d'un secteur industriel ou parfois de deux. Ils ont donc étudié à fond ce qu'ils ont l'intention de faire et la manière de procéder. Nous nous inquiétons uniquement de savoir si l'industrie ou l'entreprise privée, selon le cas, va prendre à sa charge environ 50 p. 100 des coûts. Mais ce sont les chercheurs qui lancent le projet au départ.

Le président: Monsieur Bois, messieurs les fonctionnaires, je vous remercie sincèrement d'être venus ce matin devant le comité. Je crois que les questions posées ont bien montré que l'on s'intéressait aux sujets abordés.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Medical Research Council of Canada:

Dr. Pierre Bois, President;
Dr. Lewis Slotin, Director, Programs Branch;
Al Belliveau, Director, Corporate Management;
Denis Saint-Jean, Director, Communications.

TÉMOINS

Du Conseil de recherches médicales du Canada:

D^r Pierre Bois, président;
D^r Lewis Slotin, directeur, Direction des programmes;
Al Belliveau, directeur, Gestion intégrée;
Denis Saint-Jean, directeur, Communications.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 35

Tuesday, June 5, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 35

Le mardi 5 juin 1990

Président: Bob Porter

Document
Publications

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JUNE 5, 1990
(44)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:39 o'clock a.m. this day, in Room 371, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Bob Porter, Brian White.

Acting Members present: Shirley Maheu for Mary Clancy; Pat Sobeski for Stan Wilbee; Pierrette Venne for Barbara Greene.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witness: Claude Castonguay, Quebec former Minister of Health, Family and Welfare (1970-71) and former Minister of Social Affairs (1971-73).

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Claude Castonguay made a statement and answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 5 JUIN 1990
(44)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 39, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Bob Porter, Brian White.

Membres suppléants présents: Shirley Maheu remplace Mary Clancy; Pat Sobeski remplace Stan Wilbee; Pierrette Venne remplace Barbara Greene.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoin: Claude Castonguay, ex-ministre de la Santé, de la famille et du bien-être social (1970-1971) et ex-ministre des Affaires sociales (1971-1973) du Québec.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Claude Castonguay fait un exposé et répond aux questions.

À 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, June 5, 1990

• 0940

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum.

We are particularly pleased this morning to welcome to the committee Mr. Claude Castonguay, Quebec's former Minister of Health, Family and Welfare and former minister of Social Affairs.

We are most pleased that you were able to find the time in your busy schedule to be with us. As I had indicated to you in our discussions earlier, this committee has been undertaking a study of the health care system in Canada relative to funding, personnel, and the implications for Canada as we are becoming an aging population.

We felt it was important to hear views from your province as well as the other parts of Canada in trying to put together a report for Parliament relative to the study that is being undertaken, so it is with a great deal of pleasure I welcome you, sir.

Mr. Claude Castonguay (Quebec former Minister of Health, Family and Welfare): Thank you.

Mr. Chairman, I will begin with a few words about my activities following the time I spent as minister of Health and minister of Social Affairs in Quebec.

Pendant un certain nombre d'années, j'ai été membre et président du conseil du Centre hospitalier de l'Université Laval à Québec. Par la suite, j'ai mis sur pied, avec quelques amis, une fondation dont le but était d'aider financièrement cet hôpital. Par la suite, j'ai toujours suivi, même si c'était d'une certaine distance, l'évolution dans le secteur de la santé au Québec, notamment au moment de la Commission Rochon qui a fait rapport. J'ai eu l'occasion de lire un certain nombre de mémoires. J'ai lu des parties du rapport Rochon. Finalement, l'automne dernier, on m'a invité à faire une présentation à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec, ce qui m'a obligé à faire le point d'une façon un peu plus rigoureuse.

Ce matin, j'aimerais résumer ce que j'avais préparé à cette occasion. Évidemment, mes propos ne porteront que sur la situation au Québec. Je n'ai pas de moyens de connaître l'évolution de la situation dans les autres provinces. Je voudrais qu'il soit bien clair que mes propos ne portent que sur la situation que je pense connaître raisonnablement bien.

Je sais que votre mandat a surtout trait au régime de soins, mais je pense qu'il est important, malgré tout, de rappeler que l'amélioration de la santé de la population dépend beaucoup plus d'autres facteurs que de notre régime de soins, et que des progrès importants pourraient encore être effectués sur le plan de l'amélioration de la santé. Je suis certain que vous êtes au courant de cette dimension de la question.

Il est clair que les habitudes de vie peuvent avoir un impact assez important sur l'état de santé, que ce soit l'alimentation, le conditionnement ou l'usage du tabac et de l'alcool. L'éducation sanitaire joue un rôle important. Les

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 5 juin 1990

Le président: La séance est ouverte. Nous avons le quorum.

Nous sommes particulièrement heureux ce matin de recevoir M. Claude Castonguay, ex-ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social et ex-ministre des Affaires sociales du Québec.

Nous sommes très heureux qui vous ayez pu trouver le temps malgré un calendrier très chargé de venir nous reconstruire. Comme je vous le disais tout à l'heure, notre comité a entrepris une étude des soins de santé au Canada en ce qui concerne le financement, le personnel et les perspectives entraînées par le vieillissement de la population.

Nous avons jugé important d'entendre le point de vue de votre province et d'autres régions du Canada pour essayer d'élaborer à l'intention du Parlement un rapport sur cette étude, et nous vous souhaitons donc la bienvenue.

M. Claude Castonguay (ex-ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social du Québec): Merci.

Monsieur le président, je commencerai par quelques mots sur mes activités depuis que j'ai cessé d'exercer les fonctions de ministre de la Santé et de ministre des Affaires sociales au Québec.

For a number of years, I was a member and chairman of the Laval University Hospital Board in Quebec. Later on, I established with a few friends a foundation to provide financial support for that hospital. Since then I have always followed, although not too closely, the developments in the health sector in Quebec, especially when the Rochon committee was established and made its report. I have had the opportunity to read a number of briefs. I read parts of the Rochon Report. Finally, last fall, I was invited to make a presentation to the Social affairs commission of the Quebec National Assembly, which forced me to make a somewhat more rigorous review of the situation.

This morning, I would like to give you a brief summary of my presentation at that time. Of course, I shall deal only with the situation in Quebec. I do not have a sufficient knowledge of developments in other provinces. I wish to make it clear that my remarks will deal only with the situation which I feel I have a fairly good knowledge of.

I know that your mandate deals mostly with the health care system, but I feel that it is nonetheless important to remember that improving the people's health depends on many other factors besides the health care system, and that major progress can still be made in improving health. I am sure that you are fully aware of that aspect of the situation.

Lifestyles, including nutrition, fitness, smoking or alcohol consumption, obviously can have a major impact on health. Health education is an important factor. Working conditions and income, for example, the number of accidents on the job,

[Texte]

conditions d'emploi et de revenu sont également très importantes, qu'il s'agisse de la réduction des accidents et des maladies industrielles, de la stabilité de l'emploi, de la situation sur le plan du chômage, du niveau de revenu ou des conditions d'habitation. Ce sont tous des facteurs qui ont énormément d'influence sur l'état de santé.

• 0945

Si l'on désire progresser vraiment et avoir la possibilité de maintenir un régime de soins qui réponde à la demande, il faut agir sur les deux plans, me semble-t-il. Une des façons de garder un certain équilibre entre l'amélioration de la santé et une allocation des ressources vers le régime de soins de santé sera d'établir certains objectifs à l'avenir. Je pense que la démonstration est faite qu'on peut ajouter presque sans fin aux ressources financières consacrées au secteur de la santé, de telle sorte que ce qui est alloué pour des fins de prévention, d'éducation et d'amélioration des différents facteurs qui affectent l'état de santé devient insuffisant. Il y a donc un équilibre à garder entre les deux. On ne peut plus considérer le régime des services de santé comme étant une question totalement distincte de tous les autres facteurs qui ont une incidence sur l'amélioration de la santé.

Pour revenir au mandat plus spécifique, c'est-à-dire le régime de soins, j'aimerais vous rappeler comment nous avons vu le problème au Québec au cours des années 60 et 70 et essayer de tracer les grandes lignes de l'évolution de la situation par la suite.

Dans les années 60 et 70, nous avons mis l'accent sur l'accessibilité des services de santé, comme partout ailleurs au Canada. Nous nous étions également fixé comme objectif de faire en sorte qu'il n'y ait qu'un seul niveau de qualité, de services et de soins pour l'ensemble des citoyens, sans égard aux revenus. L'assurance-hospitalisation a été établie en 1960 et l'assurance-maladie, en 1970. En même temps, nous avons procédé à une réforme du système des services de santé: la création de conseils régionaux; la modification d'un certain nombre d'aspects des hôpitaux; la création des centres locaux de services communautaires pour faire en sorte qu'il y ait une organisation pour les soins de première ligne et pour la prévention; et finalement la création d'un certain nombre de départements de santé communautaires destinés à couvrir l'ensemble du territoire. Dans ces modifications, nous avons introduit, dans la mesure du possible, la participation des professionnels de la santé un peu partout dans la structure, ainsi que la participation de la population.

Il est clair que, depuis 1970-1975, la situation se détériore graduellement. La pression sur le système augmente, particulièrement dans les grands centres. C'est beaucoup plus visible à Montréal que ce l'est dans les plus petits centres, mais c'est assez généralisé.

• 0950

À bien des endroits, les services sont débordés. Les attentes sont très longues et les installations ne répondent pas aux besoins de la population. Dans bien des cas, on constate une détérioration des équipements. Par

[Traduction]

the incidence of industrial disease, employment stability, the unemployment situation, level of income and living conditions, are all factors that have an enormous effect on people's health.

In my opinion, if we want to achieve real progress and be able to maintain a health care system that is responsive to the demand, we must act on two fronts. One way to maintain a balance between improved health and the allocation of resources to the health care system is to set objectives for the future. I think it has been shown that we can allocate almost unlimited financial resources to the remedial health care sector, to the detriment of funding allocated to prevention, education and improvement in the various factors that affect people's health. We must therefore maintain a balance between these two needs. We can no longer see the health care system as completely dissociated from all the other factors that could improve people's health.

To return to the more specific mandate of considering the health care system, I would like to recall for the benefit of committee members Quebec's vision of the situation in the 1960s and 1970s and, in general terms, the subsequent evolution of the situation in that province.

In the 1960s and 1970s, we emphasized access to health care services, as was done everywhere else in Canada as well. We also established the objective of having a single level of quality of service and care for all citizens, regardless of their income. Hospitalization insurance was introduced in 1960 and health care insurance in 1970. Meanwhile, we reformed the health care system by creating regional councils, by changing some aspects of hospital administration, by setting up local community service centres CLSCs to co-ordinate emergency and preventive services, and by setting up a certain number of municipal community health departments so that the entire province would be covered. With these changes, we also introduced maximum participation by health care professionals throughout the system and by the public as well.

Clearly, since 1970 or 1975, the situation has been gradually deteriorating. There are increased pressures on the system, particularly in large urban centres. The problem is much more obvious in Montreal than it is in smaller cities, although it has become generalized.

In many places, the hospitals are overburdened. Waiting periods are very long and the facilities do not meet the needs of the population. In many cases equipment has deteriorated. By that I also mean the buildings and rooms for certain

[Text]

équipements, j'entends aussi les édifices et les salles pour certaines procédures. On note aussi une mauvaise allocation des ressources à l'endroit de certains équipements. Il y a une multiplication d'équipements très dispendieux qui saisissent l'imagination, alors que d'autres types d'équipements moins sophistiqués sont déficients ou insuffisants pour répondre à la demande à certains endroits.

Il y a aussi une inadaptation des services aux besoins de la population. On retrouve beaucoup de malades chroniques aux mauvais endroits, dans des hôpitaux ou dans des lits pour soins de plus courte durée. On retrouve des services à domicile qui sont plutôt mal structurés, plus ou moins efficaces et, dans bien des cas, même inexistants. Certains autres types de services pourraient être donnés hors des grands centres hospitaliers, comme des services de physiothérapie et d'autres services du genre.

Le résultat de cette détérioration est que l'objectif d'accessibilité est de moins en moins réalisé pour bon nombre de personnes. Je pense également qu'il n'est pas exagéré de dire qu'il y a une détérioration de la qualité des soins à bien des endroits.

J'aimerais dire un mot sur les facteurs qui ont contribué à cette détérioration de la situation. Il est important de les connaître si on veut essayer d'identifier un peu plus clairement les moyens qui pourraient être pris pour améliorer la situation.

La demande, comme nous le savons tous, évolue avec l'âge des gens, leur niveau de revenu, leur attitude vis-à-vis des services de santé. Quant à l'offre de services, elle évolue selon la quantité, la qualité et la productivité des ressources humaines. Elle évolue également selon la quantité et la nature des équipements, et leur adaptation à la situation. Finalement, cette offre de services évolue selon l'organisation et la gestion des services.

Donc, il y a trois grands facteurs du côté de l'offre des services de santé. Ces facteurs sont affectés en qualité et en quantité par le montant des ressources financières qui sont allouées au secteur des services de santé. Présentement, au Québec, la plus grande partie des ressources est de source publique; très peu de fonds proviennent du secteur privé.

Du côté de l'évolution de la demande, le phénomène est très clair et très bien connu. On a un faible taux de natalité et une population âgée qui augmente rapidement en proportion, qui est présentement de 11 ou 12 p. 100 de l'ensemble de la population. Dans 15, 20 ou 25 ans, la population âgée représentera probablement de 20 à 25 p. 100 de la population totale. Il est clair qu'on s'en va vers une augmentation de la demande de soins, vers une demande très différente de celle que nous connaissons aujourd'hui.

Au niveau de la population adulte, avec l'évolution des modes de vie, on constate une modification de la demande depuis un certain nombre d'années. Il y a beaucoup plus d'urgences, de demandes de soins urgents, et on voit beaucoup le développement des soins intensifs. Quand je pense aux urgences, je ne pense pas uniquement à des questions d'urgence physique, mais également aux problèmes reliés au stress et à l'état de santé mentale de la population. On s'en va donc vers une demande accrue et évoluant quant à sa nature.

[Translation]

medical procedures. Moreover, some of the funding for equipment has been poorly allocated. Too much has been spent on a lot of very expensive fancy equipment, whereas in some areas other less sophisticated equipment is overtaxed.

Besides this, services are not always suited to the needs of the population. Many chronically ill patients are not sent to the proper ward in hospitals or are given beds used for short-term care patients. Some home care services are poorly structured, not as efficient as they should be, and in many cases even non-existent. Some other services could be provided in places other than the main hospitals, such as physiotherapy services and the like.

For many, this deterioration has dimmed their hopes of increased access to services. I think it is fair to say that the quality of care has deteriorated in many areas.

I would like to say a word about the factors which contributed to the deterioration of the situation. It is important to recognize them in order to shed some light on possible remedies.

As we all know, as people age their need for health services increases. Demand also depends on level of income and attitude. As for the supply of services, this depends on the people providing the services—number of employees, quality of personnel and efficiency. It also depends on the quantity and type of equipment, as well as its suitability. Finally, the supply of services depends on how they are organized and managed.

So there are three main aspects to the supply of health services. The quality and quantity of services depend on funding for this sector. Right now, in Quebec, most of the funds are from public sources; the private sector contributes very little.

As far as the increase in demand is concerned, this is a very real and well-known phenomenon. The birthrate is low and the number of seniors is increasing rapidly as a percentage of the total population. They currently represent 11% or 12%, whereas in 15, 20 or 25 years, they will probably make up 20% or 25%. We can obviously expect an increase in demand for health care to meet needs which are different from current ones.

The change in lifestyles over the past few years has had an effect on the demand for adult health care services. There are a lot more emergencies, a lot more request for urgent care, and intensive care has developed considerably. When I speak about emergencies, I am not just thinking of physical emergencies, but also of problems related to stress and the mental health of the population. So, we are moving towards a demand that is not only higher, but different in nature.

[Texte]

[Traduction]

• 0955

On peut se demander s'il est possible de freiner un peu cette demande autrement qu'en améliorant l'état de santé de la population. La question qui se pose et qui s'est posée est celle-ci: Est-ce que des frais modérateurs peuvent freiner la demande? Je pense que ce n'est pas un remède général indiqué. Il est clair que, si certains types de services donnent lieu à des abus, il est possible d'ajouter des frais modérateurs pour essayer de freiner ces abus, mais je ne crois pas que ce soit un moyen généralisé de freiner la demande, cela pour toutes sortes de raisons.

Si on veut maintenir un meilleur équilibre et faire en sorte que la situation ne continue pas de se détériorer, il s'agit d'essayer de modifier l'offre de services. C'est la seule façon d'envisager le problème.

Tout le monde qui s'intéresse un tant soit peu à la question voit clairement qu'il sera difficile d'envisager, pour les prochaines années, une augmentation des ressources financières allouées aux services de santé. Les gouvernements, que ce soit le gouvernement fédéral ou le gouvernement d'une province comme le Québec, font face à des pressions énormes. On connaît l'ampleur des déficits. On sait qu'il y a des besoins énormes dans certains secteurs d'activité, au niveau de l'environnement, au niveau de l'éducation, enfin à tous les niveaux. Alors, on peut difficilement envisager une augmentation des ressources financières publiques allouées à la santé. Il faut donc examiner s'il y a des moyens d'obtenir plus de productivité du système, d'aller plus loin avec les ressources financières qui sont allouées à la santé, et voir s'il n'y aurait pas moyen de financer les services de santé par un certain apport du secteur privé sans nécessairement remettre en cause les objectifs du régime.

Examinons les facteurs qui pourraient améliorer la productivité du système au Québec. Fondamentalement, le système des services de santé au Québec n'a pas été modifié depuis 20 ans. Ce que nous avons mis en place il y a une vingtaine d'années est encore, dans les grandes lignes, ce qui existe aujourd'hui. Les changements qui ont été apportés sont assez mineurs. Toutefois, on a beaucoup augmenté la réglementation. On a fait en sorte que le système est encadré d'une façon de plus en plus rigide. Il y a de moins en moins de place pour l'innovation. Je crois qu'en encadrant le système d'une façon aussi rigide, on a diminué la motivation des professionnels et de tous ceux qui sont impliqués face à la productivité du système et au développement de nouvelles approches. L'accent a été placé beaucoup plus sur les contrôles que sur la motivation, l'innovation et le développement d'autres ressources.

• 1000

En ce qui concerne les ressources humaines, les ressources professionnelles, j'aimerais faire un commentaire sur le nombre de médecins et sur les infirmières. Le nombre de médecins au Québec a augmenté considérablement au

On might wonder whether it would be possible to slow down that demand by some other means than improving the overall health of the population. The question often asked is whether user fees would moderate demand. I do not think they would work as a general remedy. It is clear that, if certain types of services are being abused, user fees could be introduced in order to put an end to such abuse, but I do not believe they can successfully be used to reduce overall demand; there are several reasons for that.

If we want to maintain a better balance and ensure that the situation does not continue to degenerate, what we need to do is change the services provided. That is the only way to tackle the problem.

Anybody who is the least bit interested in the issue is well aware that it would be difficult to contemplate any increase in the financial resources allocated to health services over the next few years. Governments, both at the federal and provincial level, are facing enormous pressures. We all know how big the deficits are. We know there are tremendous needs in areas such as the environment, education—indeed, in all areas. So, it is difficult to foresee any increase in public funding of health services. Therefore, we must determine whether there are ways of increasing the productivity of the system, of stretching the financial resources available, and see whether it might not be possible for the private sector to contribute somewhat to the funding of health services, without however undermining the objectives of the system.

Let us examine the factors that could contribute to improving the productivity of Quebec's system. Basically, there has been no change to that system in the past 20 years. The basic structure established 20 years ago remains. Any changes have been quite minor. However, there has been a tremendous increase in regulations. The system is more and more rigidly defined. There is less and less space for innovation. I believe that, by setting such rigid parameters, we have decreased the motivation that health care professionals, and all those involved, might have had to improve productivity and develop new approaches. The emphasis has been on checks and balances, rather than motivation, innovation and the development of new resources.

With regard to human resources, professional resources, I would like to comment on the number of doctors and nurses. The number of doctors in Quebec has increased considerably over the past 15 or 20 years. In 1975, there was

[Text]

cours des 15 ou 20 dernières années. Alors qu'en 1975, on comptait 575 habitants par médecin, en 1988, on en comptait 450. On peut se demander jusqu'où on doit aller. À mon avis, on a suffisamment de médecins et on en forme trop. Ce n'est pas une réalité que bien des gens admettent facilement, mais si l'on veut vraiment voir ce qui se passe, c'est un aspect que l'on doit examiner.

À mon avis, on forme possiblement de 200 à 300 médecins de trop au Québec présentement. Comme nous sommes dans un régime de rémunération à l'acte et que la demande de services est très élastique, la plupart de ces médecins peuvent commencer leur pratique et générer suffisamment d'actes médicaux pour aller chercher un revenu qui leur permet de vivre assez confortablement. Mais l'addition de ces médecins ne répond pas au vrai problème que l'on connaît. Il y a là une augmentation de coûts presque automatique, d'année en année, des coûts substantiels qui ne donnent que très peu sur le plan de l'offre de services pour répondre à l'augmentation réelle de la demande de soins de la part de la population.

On pourrait estimer qu'après trois ans, la formation d'un trop grand nombre de médecins représente chaque année quelque centaines de millions de dollars de trop pour le système. J'essaierai de revenir tout à l'heure aux façons de résoudre ce problème. Je sais qu'elles ne sont pas simples. Il n'y a de réponse simple à aucune de ces questions.

Du côté des infirmières, on a constaté qu'il y a des problèmes assez sérieux. On l'a vu encore de façon évidente au cours des dernières années. Ce n'est pas vraiment une question de nombre dans ce cas-là; c'est clairement une question de statut, de conditions de travail et de motivation des infirmières. Le rôle des infirmières a changé énormément au cours des années. Leur travail n'est plus ce qu'il était il y a un certain nombre d'années. Si on examine de plus près ce qui se passe dans les hôpitaux, on voit que les infirmières ont la responsabilité des soins pendant le séjour des personnes dans les centres hospitaliers. Le médecin fait son diagnostic, voit à ses traitements médicaux, mais une fois qu'il a accompli ce qu'il avait à accomplir, la responsabilité première des soins continus, du fonctionnement des hôpitaux repose sur les épaules des infirmières. Je pense que le problème qu'on a vécu et les tensions qui existent de ce côté-là proviennent du fait que le statut et les conditions de travail des infirmières ne correspondent plus à leurs responsabilités réelles. Il y a là un problème sérieux qui n'a pas été totalement résolu.

Du côté de l'organisation et de la gestion des ressources, il faut d'abord reconnaître que les équipements, les technologies qui sont développées dans les centres hospitaliers et les programmes de soins sont de plus en plus dispendieux. Encore là, si on veut aller un peu plus loin, il faut faire en sorte que ces ressources, qui sont de plus en plus dispendieuses, soient utilisées le plus efficacement possible.

[Translation]

one doctor for every 575 inhabitants of the province. In 1988, there was one for every 450. One might well ask just how far we have to go. In my opinion, we already have enough doctors and we are training too many more. It is difficult for a lot of people to admit that, but if we really want to see things as they are, that is one aspect of the situation that we are going to have to study.

In my opinion, we are currently training some 200 to 300 more doctors than we need in Quebec. Since we operate on a fee-per-service basis and the demand for services is quite elastic, most of those doctors can set up a practice and generate enough demand for services to earn a fairly comfortable income. However, bringing those new doctors into the system does not solve the real problem. It ensures that there is almost an automatic increase in costs from year to year—considerable costs, on which there is very little return in terms of providing services that meet the real increase in demand for care.

One could estimate, that, over a three-year period, training too many doctors represents an excess annual expenditure of hundreds of millions of dollars. I shall try to touch on ways of resolving this problem later. I know there are no easy solutions. Indeed, there are no simple answers to any of these questions.

Fairly serious problems have been noted on the nursing front. There has been further evidence of this in recent years. Numbers are not really the issue in this case; status, working conditions and motivation are. The role played by nurses has changed dramatically over the years. Their work is no longer what it was. If you look closely at what goes on in the hospitals, you see that nurses are responsible for providing care during a patient's stay in the hospital. The doctor does a diagnosis and prescribes treatment, but once that is done, the primary responsibility for ongoing care and for the day-to-day operation of the hospital rests on the nurses' shoulders. I think that the problem we experienced and the tensions that prevail are rooted in the fact that the nurses' status and working conditions do not match their real responsibilities. This is a serious problem that has not been fully resolved.

With regard to organization and management of resources, it must first be recognized that the equipment and technologies developed in hospitals are becoming increasingly expensive, as is the care provided. Once again, if we want to stretch those increasingly expensive resources further, we must make sure that they are used as efficiently as possible.

Je reviendrai à cette question un peu plus tard. Je voudrais au moins mentionner que, dans les ressources hospitalières qui prennent la plus grande partie des dépenses de santé, la productivité est relativement faible, à mon avis.

I will come back to that a little later. I want at least to mention that the productivity of those hospital resources that account for the lion's share of health care expenditures is, to my mind, relatively low. The reason for this is that we have

[Texte]

Ceci provient du fait qu'il n'y a pas de mesures de performance. Il est à peu près impossible d'identifier les hôpitaux les plus efficaces par rapport à ceux qui le sont moins, et les services qui sont plus efficaces que d'autres dans un même centre hospitalier. Il y a, dans une certaine mesure, une absence de concurrence entre les services. On retrouve bien souvent dans des centres hospitaliers des services qui sont surchargés et qui pourraient très bien être dispensés ou distribués par d'autres ressources. On retrouve aussi dans tout le secteur hospitalier des conventions de travail rigides, avec le résultat que la direction des hôpitaux a très peu de marge de manoeuvre quant à la gestion des établissements.

De plus, on retrouve dans bien des cas des dédoublements de services qui auraient avantage à être rationalisés, des services pour lesquels la demande a diminué et qui pourraient fort bien être régionalisés dans une certaine mesure, surtout dans des grands centres comme Montréal, Québec et autres.

Alors, on se retrouve avec un système dont la productivité, à mon avis, est assez faible, un système hospitalier rigide, qui évolue lentement et qui ne laisse que très peu de place à l'innovation.

Lorsque l'on songe à tout ce qui s'est produit comme changement au cours des 20 dernières années dans toutes sortes de secteurs d'activités, que ce soit les transports, les communications ou le secteur manufacturier, on voit jusqu'à quel point les services de santé ont peu évolué malgré tous les progrès qui ont été faits dans les autres secteurs grâce à des moyens technologiques, informatiques, etc. plus modernes.

Finalement, dans bien des cas, on constate une mauvaise utilisation des ressources. J'en ai dit un petit mot il y a quelques instants et je voudrais revenir rapidement à cette question. Par exemple, certains services dans les hôpitaux, comme la consultation externe et les urgences, sont surchargés, alors qu'à proximité, il y a des centres locaux de services communautaires ou des cliniques qui ont un très faible niveau d'activité. Il y a peu d'information qui est distribuée à la population sur les ressources disponibles. Dans la plupart des services de santé, il semble y avoir une tradition de ne pas aider les gens à aller vers la ressource la plus appropriée. Les urgences se plaignent qu'elles sont débordées, mais j'ai rarement vu dans les hôpitaux des indications données aux gens pour leur permettre de s'orienter vers d'autres types de ressources plus appropriées et moins surchargées.

Il y a également une sous-utilisation des ressources. Les hôpitaux, qui représentent la plus grande partie de l'investissement, sont utilisés pendant un nombre de jours très limité par semaine, et pendant un nombre d'heures assez limité chaque jour. Je pense aux ressources de traitement dans ces hôpitaux, que ce soit les salles d'opération ou les équipements les plus sophistiqués. Aujourd'hui, dans l'industrie, lorsqu'on fait appel à des équipements coûteux comme les ordinateurs, on essaie de les utiliser le plus possible. Cette culture est loin d'être reconnue et acceptée dans nos services de santé. On fonctionne encore comme on le faisait il y a un bon nombre d'années, quatre jours ou quatre jours et demi par semaine, et pendant un nombre d'heures assez limité chaque jour.

[Traduction]

no way of measuring performance. It is just about impossible to determine which hospitals are the most efficient and which services are the most efficient within a given hospital. There is a lack of competition between services. Often, one department of a hospital will be overloaded, even though the services it provides could easily be delivered by other resources. Another problem that pervades the whole sector is that of inflexible collective agreements, which give the administration very little room to manoeuvre in managing the institution.

Furthermore, there are many cases of duplication of effort in which services could be rationalized, and of services for which demand has decreased and which could, to a certain extent, be provided on a regional basis, particularly in major centres, such as Montreal and Quebec City.

So, we end up with a system whose productivity is, in my view, fairly low, an inflexible system that evolves slowly and leaves very little room for innovation.

When you think of all the changes that have occurred over the past 20 years in a wide range of areas, whether transport, communications, or manufacturing, you see how little health services have developed, despite all the progress that has been made in other areas through new technology, computerization, and so on.

Finally, in many cases, resources are not put to good use. I said a few words about this problem a couple of minutes ago and I would like to go back to it briefly. For example, some hospital departments, such as the outpatient and emergency departments, are overloaded, while nearby CLSCs and clinics are underused. Very little information about the resources available is distributed to the public. It seems that most health care institutions have a tradition of not directing people towards the most appropriate service. Emergency departments complain that they are overburdened, but seldom have I ever seen any attempt by a hospital to direct people toward a more appropriate and less overloaded alternative.

There is also under-utilization of certain resources. Hospitals, which represent our major investment, are used during a very restricted number of days per week and a fairly restricted number of hours per day. I am thinking here of the resources available for treatment within those hospitals, whether operating rooms or highly sophisticated equipment. Today, in industry, when you use costly equipment like computers, you try to use it as much as possible. This culture is far from recognized and accepted in our health services. We are still operating the same way we did years ago, four or four-and-a-half days a week, for a rather limited number of hours each day.

[Text]

[Translation]

• 1010

Voici la conclusion de cette analyse sur l'offre des services de santé. Alors que la demande augmente et évolue, l'offre de services n'augmente guère et ne s'adapte pas à cette demande. Si on veut essayer d'améliorer la situation, comme on n'envisage pas facilement une allocation plus grande de ressources financières publiques dans ce secteur, il faut essayer d'améliorer les différents facteurs que je viens de couvrir au point de vue de l'offre de services.

À mon avis, on devrait essayer d'introduire davantage la loi de l'offre et de la demande dans notre système de services de santé, en d'autres termes ouvrir un peu plus le système à concurrence. Je crois qu'il est possible de le faire sans nécessairement remettre en cause les grands objectifs d'accessibilité et de qualité des soins pour tout le monde. On peut donner un peu plus de marge au système en modifiant les modalités de financement, par exemple en mettant davantage l'accent sur la performance, sur l'atteinte d'objectifs bien précis, sur la coordination des services qui doivent être mieux coordonnés, sur l'élimination des doublons lorsqu'il y a des doublons dispendieux et inutiles de services, sur l'innovation et sur la motivation des ressources professionnelles.

Les modalités de financement des services de santé constituent, à mon avis, un outil très puissant qui pourrait être utilisé pour aller chercher beaucoup plus de productivité et de rendement que nous en obtenons présentement.

Une des façons de mettre un peu plus de concurrence dans le système serait de rembourser les patients pour certains types de services qu'ils paient. Si c'est le patient qui doit payer, il choisit bien souvent le service le plus efficace. Si on finance les établissements, il est très difficile de faire la distinction entre ceux qui sont gérés d'une façon efficace et ceux qui le sont moins.

On devrait aussi donner plus de latitude aux établissements dans leur gestion. J'ai mentionné qu'au Québec, à tout le moins, on avait établi une réglementation très rigide. On devrait tendre à diminuer cette réglementation et permettre à la direction des établissements de faire preuve de plus de souplesse et d'innovation.

Il y a certains types de ressources qui ne devraient pas nécessairement être toujours financés par des fonds publics. On pourrait faire appel à des sources de financement privées, par exemple dans le cas des ressources d'hébergement pour les personnes âgées et surtout pour les personnes qui ont besoin de soins de longue durée. On encourage les gens à épargner pendant leur vie. Au moment où elles arrivent à leur retraite, si elles ont besoin non seulement d'hébergement mais de certains types de soins, ou si elles désirent un peu plus de confort, on devrait leur donner plus de choix qu'elles n'en ont présentement. On devrait aussi permettre à d'autres ressources de se développer.

Présentement, au Québec, la plupart des établissements sont des établissements publics, sans but lucratif. Il me semble qu'il serait possible d'ouvrir la porte au développement de certaines ressources qui pourraient être

Here is the conclusion of this analysis of the supply of health services. While demand is increasing and changing, the supply of services is barely increasing and is not adapting to this demand. If we want to try to improve the situation, since we cannot reasonably foresee a greater allocation of public financial resources to this sector, we will have to try to improve the various factors that I have just covered from the standpoint of supply of services.

In my opinion, we should try and integrate the law of supply and demand more fully into our health services system, in other words, open the system to a bit more competition. I think it is possible to do so without calling into question the broad objectives of accessibility and high quality of care for everyone. We can give the system somewhat more scope by changing its funding arrangements, for instance, by putting greater emphasis on performance, on the achievement of specific objectives, on better co-ordination of services, on the elimination of expensive and useless duplication of services, on innovation and on the motivation of professional resources.

To my mind, the funding arrangements for health services are a very powerful tool that could be used to obtain much greater productivity and performance than we get now.

One way to introduce an element of competition into the system would be to reimburse patients for certain types of services they pay for. If it is the patients who must pay, they will often choose the most efficient service. If we fund institutions, it is very difficult to distinguish between those that are well managed and those that are less efficient.

We should also give more latitude in the management of institutions. As I mentioned earlier, at least in Quebec, regulation is very rigid. We should attempt to reduce this regulation and allow the management of institutions to be more flexible and innovative.

Certain types of resources do not necessarily have to be publicly funded. We could call upon private funding sources, for instance in the case of residences for the elderly and facilities for chronic care patients. We encourage people to save throughout their lifetimes. When they come to retirement age, if they need not only accommodation but certain types of care, or if they want a bit more comfort, they should have more choice than they have right now. We should also allow other resources to develop.

Right now in Quebec, most of these establishments are public, non-profit institutions. I think that it would be possible to open the door to the development of certain resources that could be funded through other means than the

[Texte]

développées avec des capitaux qui ne seraient pas nécessairement publics. Comme je le disais tout à l'heure, ces établissements pourraient répondre à la demande, surtout si, pour certains types de soins, on remboursait les patients au lieu de financer les établissements.

• 1015

Enfin, du côté des ressources professionnelles, j'ai mentionné qu'à mon avis, nous formions un trop grand nombre de médecins. Une des suggestions que j'ai déjà faites est qu'on pourrait penser à accepter dans nos facultés de médecine, pendant une période de temps, un plus grand nombre d'étudiants provenant de pays en voie de développement ou de certaines régions du monde où la formation des médecins ne répond pas à la demande. Ce serait pour nous une façon d'aider ces pays d'une façon très valable sans nécessairement fermer des facultés de médecine ou réduire le nombre d'étudiants dans nos facultés de médecine. Il me semble qu'il y a là des ressources extrêmement valables qui pourraient être mieux utilisées à la formation de médecins qui répondraient à des besoins plus authentiques, pas nécessairement au Canada, mais dans le cadre de l'aide du Canada à d'autres pays.

Quant aux infirmières, je pense qu'on doit s'arrêter beaucoup plus longuement sur leur statut, leurs modalités de travail et leur rémunération si on veut résoudre le problème de motivation réel qui existe à ce niveau-là.

Enfin, pour ce qui est des administrations hospitalières, des cadres, des responsables de l'administration, il me semble que leur mode de rémunération devrait être revu pour mettre davantage l'accent sur l'efficacité et la recherche d'une plus grande productivité des services.

J'ai été surpris, il y quelques années, lorsqu'on a découvert au Québec que certains hôpitaux donnaient des bonis à leur directeur général. On a défendu cette pratique. Il me semble qu'une certaine rémunération pour ceux qui performant mieux est un des moyens les plus efficaces de motiver les gens et d'aller un peu plus loin avec les fonds impliqués dans le secteur.

Alors, à mon avis, il y a beaucoup à faire si on veut dégager plus de productivité du système et en avoir plus pour les fonds publics qui sont alloués au secteur de la santé. Merci.

I realize that I made all my comments in French. I was told that you have a good translation service. I will be pleased to try and answer your questions both in French and in English.

The Chairman: Thank you, Mr. Castonguay. We appreciate your comments. You raised some interesting and innovative topics. The committee has heard from a number of witnesses and some of the things we are hearing... There is certainly a divergence of views in some areas but, as you have mentioned, the best allocation and use of the funds available... to be used in the best possible way.

[Traduction]

public purse. As I was saying earlier, these institutions could meet the demand, particularly if instead of funding these establishments, we reimbursed patients for certain types of care.

Lastly, with regard to professional resources, I mentioned that in my opinion we are training too many physicians. One of the suggestions I have already made was that we could start thinking about accepting greater numbers of students from developing countries into our medical schools for a certain period, as well as students from countries that are not training enough doctors to meet the demand. This would be an excellent way for us to help these countries without necessarily shutting down any of our medical schools or reducing the number of students they train. I think our medical schools contain extremely valuable resources that could be put to better use by training doctors who would meet real needs, not necessarily in Canada, but in the context of Canadian aid to foreign countries.

With regard to nurses, I think that we have to give a great deal more thought to their status, their working conditions and their pay if we want to solve the very real problem of motivation in that profession.

Lastly, I feel that the pay structure for hospital administrators and managers should be reviewed so as to place greater emphasis on efficiency and greater productivity.

A few years ago, I and many others were very surprised to discover that some hospitals gave bonuses to the executive director. This practice has been defended. I think that some form of remuneration for those who perform well is one of the most effective ways of motivating people and stretching the funds available in this sector a bit further.

Therefore, I feel that a great deal remains to be done if we want to make the system more productive and get more out of the public funds that are allocated to the health sector. Thank you.

Je suis conscient que j'ai présenté toute mon allocution en français. On m'a dit que vous aviez accès à de bons services d'interprétation. Je serais heureux d'essayer de répondre à vos questions tant en français qu'en anglais.

Le président: Merci, monsieur Castonguay. Nous apprécions beaucoup vos commentaires. Vous avez soulevé des questions fort intéressantes et proposé des solutions très innovatrices. Le comité a entendu plusieurs témoins et certaines choses qu'on nous dit... Les points de vue sont sans doute divergents dans certains domaines, mais comme vous l'avez dit, il faut utiliser les fonds publics alloués au secteur de la santé de la façon la plus efficace possible.

[Text]

Before we move on to the first round of questioning, you raised a topic, and I think you alluded to it when you appeared in Quebec in January. You said that with some services users should be reimbursed so that they can decide for themselves where they wish to obtain the service required. You mentioned it there and you mentioned it again this morning. It is a rather interesting comment and observation.

I gather you are not alluding to a type of user fee but to something where the patient would pay, and if those services could be obtained or were not used to the full degree they would be reimbursed. Would you enlarge on that for the benefit of the members, please?

• 1020

Mr. Castonguay: If people require, for example, physiotherapy services—and as we know, as people get older, these services are required more and more—and if they go into a private clinic and have to pay for these services, they will tend to go for treatment to a hospital where there is a physiotherapist service.

In the hospitals they quite often will enter into conflict with the hospitalized patients. It will be difficult for them to get the services. There will be delays, and so on. For some people, as well, having to wait in a hospital clinic may be difficult because of their age. If, for the same service, they could pay without having to wait, and then get reimbursed, I am quite sure that they rapidly would obtain the services in a different way, by going to some physiotherapist's clinic, possibly even getting the service in their own homes.

This would not cost more to the government. It would also remove some of the burden from the hospitals, already quite often overburdened or under pressure. This is an example. Obviously there are others.

The Chairman: It is an interesting observation. There probably is a lot of merit in what you are saying.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Monsieur Castonguay, je pense que votre exposé de ce matin sera d'une grande utilité pour notre Comité. Vous savez de quoi vous parlez.

Au début de votre exposé, vous avez dit que vous connaissiez surtout ce qui se passait au Québec. Comme nous devons avoir une vision nationale du financement des soins de santé, pouvez-vous comparer un peu le financement des soins de santé au Québec et le financement dans les autres provinces? Savez-vous si dans d'autres provinces, la situation est moins dramatique, ou si les services sont mieux organisés ou mieux financés? J'irais même un peu plus loin. Savez-vous si dans d'autres pays, par exemple en Grande-Bretagne, l'État arrive à financer les soins de santé à des coûts raisonnables?

M. Castonguay: Pour ce qui est du financement dans les autres provinces, malheureusement, j'ai un peu de difficulté à répondre à votre question. Je dois admettre que je ne suis pas très au courant. Il y a 15 ou 20 ans, j'aurais pu répondre à votre question, je crois. Aujourd'hui, j'ai vraiment perdu le contact. Je n'aime pas m'aventurer sur un terrain que je ne connais pas beaucoup. Je sais, par contre que plusieurs expériences ont été faites, aux États-Unis et dans d'autres

[Translation]

Avant de passer au premier tour de questions, vous avez soulevé une question en particulier, et je crois que vous y avez aussi fait allusion lors de votre comparution à Québec en janvier. Vous avez dit que les utilisateurs de services devraient être remboursés dans certains cas afin qu'ils puissent décider eux-mêmes où obtenir le service voulu. Vous en avez parlé à ce moment-là et vous l'avez répété ici ce matin. C'est une observation fort intéressante.

Si je comprends bien, vous ne faites pas allusion à un genre de ticket modérateur, mais plutôt à une formule où le patient paierait, et si les services pouvaient être obtenus ou n'avaient pas été utilisés pleinement, ils seraient remboursés. Pourriez-vous s'il vous plaît nous expliquer davantage cette formule?

M. Castonguay: Par exemple, si les gens ont besoin de services de physiothérapie—et nous savons tous que lorsque les gens vieillissent, ils ont de plus en plus besoin de ce service—et s'ils vont dans une clinique privée où ils doivent payer ces services, ils vont plutôt se rendre à un hôpital qui offre ce service.

Dans les hôpitaux, ils seront en concurrence avec les patients hospitalisés. Ce sera difficile pour eux d'obtenir un service. Il y aura des retards, et le reste. Pour certains, le fait de devoir attendre dans une clinique d'hôpital peut présenter des problèmes à cause de leur âge. S'ils pouvaient obtenir le même service moyennant finance, sans avoir à attendre, pour ensuite être remboursés, je suis persuadé qu'ils ne tarderaient pas à obtenir le service de façon différente, en faisant appel à une clinique de physiothérapie, ou même possiblement en obtenant le service à domicile.

Cela ne coûterait pas plus cher au gouvernement. On allégerait ainsi le fardeau des hôpitaux, sur lesquels s'exerce souvent beaucoup de pression. Évidemment, il ne s'agit que d'un exemple parmi d'autres.

Le président: Votre observation est très intéressante. Ce que vous dites a sans doute beaucoup de mérite.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): Mr. Castonguay, I think that your presentation here this morning will be very useful to our committee. You know what you are talking about.

Early in your presentation, you stated that you are most familiar with what goes on in Quebec. Since we must have a national vision of the funding of health care, could you compare health care funding in Quebec with that in other provinces? Do you know if the situation is less critical in other provinces or if health services are better organized or better funded? I would even go a bit further. Do you know whether in other countries, Great Britain for instance, the state manages to fund health care at a reasonable cost?

Mr. Castonguay: Unfortunately, with regard to funding in other provinces, I would have some difficulty answering your question. I must admit that I am not very familiar with the situation there. Fifteen or twenty years ago I think that I could have answered your question. Today, I have really lost contact. I do not want to venture into terrain that I do not know very well. However, I do know that many experiments have been conducted in the United States and in other

[Texte]

pays, pour financer les services de santé de façon qui puisse ajouter à la productivité du système ou de façon à allouer les ressources aux endroits où c'est le plus rentable et le plus efficace. Des expériences intéressantes ont été faites aux États-Unis et en Angleterre. En Angleterre, on a modifié les montants alloués pour certaines procédures et on a vu le nombre d'interventions baisser rapidement, ou encore on a substitué certains types de services à d'autres pour répondre à un même besoin.

Il y a évidemment des exemples qui sont intéressants. Quand je parle de l'Angleterre, je fais attention. Je n'ai pas à l'esprit la privatisation du système d'une façon assez généralisée. J'ai beaucoup plus à l'esprit le développement de méthodes de financement visant à faire une meilleure allocation des ressources.

• 1025

Mme Bertrand: J'ai trouvé très intéressante votre suggestion d'une plus grande utilisation des équipements d'hôpitaux. Cela m'a rappelé qu'à un moment donné, au Québec, les municipalités réclamaient à grands cris des salles paroissiales et des centres de loisirs. Mon mari était toujours scandalisé de voir qu'il y avait déjà des salles et que des équipements étaient dans les écoles, mais qu'à 16 heures, la clé était mise dans la serrure; les gymnases et les salles n'étaient pas mis au service de la population qui payait ces équipements-là.

Je vous donne un autre exemple. Ma fille, qui allait à l'Université de Sherbrooke, m'a dit un jour: Je dois travailler sur l'ordinateur à 3 heures dans la nuit. Mais quelle est l'idée, lui ai-je demandé? Pour utiliser les ordinateurs ou les équipements à plein régime, les étudiants devaient se partager le temps 24 heures sur 24.

J'ai devant moi un article qui a paru dans *Le Devoir* à la suite de votre comparution devant la Commission parlementaire à Québec. Je pense que c'est un résumé de votre témoignage. C'est daté du 25 janvier 1990. Vous dites qu'à mesure que le gouvernement fédéral réduira sa part de financement, il va falloir qu'il mette l'accent davantage sur l'allocation des ressources des provinces qui se gèrent mieux.

Présentement, les formules de partage des coûts ne vont pas dans ce sens-là; elles vont même à l'encontre de cela. Si une province se gère mal, elle a des chances d'avoir un petit peu plus d'argent de cette source-là. Pouvez-vous élaborer sur cela?

M. Castonguay: Si ma connaissance du système est correcte, on partage selon des formules *per capita* d'une part et selon ce qui est dépensé dans la province d'autre part. Le niveau des dépenses de santé dans une province est divisé par sa population. Je ne crois pas que ces formules aient été changées fondamentalement. Que je sache, ces formules sont encore les mêmes.

Il m'apparaît assez clair que, si on dépense davantage, cela ne veut pas nécessairement dire que l'on obtient davantage en termes de services et d'efficacité. Si on dépense davantage *per capita*, cela peut provenir d'un système qui n'est pas très efficace. Donc, si la formule de financement ne fait que partager les coûts observés et qu'on n'examine pas le niveau de performance, on peut se retrouver, dans certains cas, à en donner davantage à une province qui fait preuve d'une moins grande efficacité qu'une autre.

[Traduction]

countries in funding health care in such a way as to increase productivity or allocate resources where they are most effective and cost-efficient. There have been interesting experiments in the United States and in England. In England, they changed the amounts allocated for certain procedures, and the number of such services dropped quickly, or other types of services were substituted to meet the same need.

Clearly, some example are very interesting. I am being careful here in talking about England. What I have in mind is not a generalized privatization of the system. I am thinking much more of developing funding methods that will enable us to make better use of our resources.

Mrs. Bertrand: I found your suggestion that we make more use of hospital equipment and facilities very interesting. It reminded me that there was a time in Quebec when municipalities were noisily demanding parish halls and recreation centres. My husband was always scandalized that the facilities, such as gymnasiums, and equipment in schools, were not used by people after 4 p.m. in the afternoon. Everything was locked up at that time.

Let me give you another example. One day my daughter, who was attending Sherbrooke University, told me that she was going in to work on the computer at 3 a.m. in the morning. I asked her why she was going in at such a strange time. She explained that in order to make full use of the computers and other equipment, students had to use them around the clock.

I have here an article from the January 25, 1990 issue of *Le Devoir* that summarizes the evidence you gave to the parliamentary committee in Quebec City. You say that as the federal government reduces its share of funding, we will have to put increasing emphasis on allocating resources to the most efficiently managed provinces.

At the moment, the cost-sharing formulas actually run counter to this objective. If a province manages things badly, there is a good chance it will get a little more funding from the federal government. Could you comment on this?

Mr. Castonguay: If I understand the system correctly, the funding is shared according to a per-capita formula, and according to the amount spent by the province. A province's level of health spending is divided by its population. I do not think there has been any major change in these formulas. As far as I know, they are still the same.

I think it is quite clear that if we spend more money, that does not necessarily mean that we get more services or increased efficiency. Increased per-capita spending may result from a rather inefficient system. So if the funding formula merely shares the amount spent without considering the level of performance, the federal government could find itself giving more money to a province that is less efficient than another.

[Text]

Au niveau des hôpitaux, le problème est le même. S'il y a deux hôpitaux identiques et qu'un hôpital est moins bien géré que l'autre, pour le même volume de services, celui qui est moins bien géré dépense davantage au cours de l'année. Si l'on rembourse selon les dépenses encourues, on encourage d'une certaine façon l'inefficacité s'il n'y a pas de critères de performance ou une certaine façon de mesurer la productivité. Que je sache, cela n'existe pas dans le moment, ni au niveau du financement vers les provinces, ni au niveau du financement des provinces vers les établissements.

Mme Bertrand: Êtes-vous en mesure de nous aider à établir ces critères, que ce soit pour les hôpitaux dans les provinces ou pour les provinces par rapport au gouvernement fédéral?

M. Castonguay: Comme je le disais tout à l'heure, ce sont des questions qui ne sont pas faciles, mais qui ne sont pas impossibles à régler. On peut mesurer l'efficacité de différentes façons. On peut parler, par exemple, de la durée de séjour dans un hôpital. Si, pour certaines procédures, la durée est plus courte, cela coûte un peu moins cher. Mais est-ce toujours la meilleure façon de faire que de raccourcir la durée des séjours?

• 1030

C'est pour cela qu'au début, j'ai dit qu'on devrait peut-être viser des objectifs d'une autre nature, des objectifs qui portent vraiment sur l'état de santé de la population, sur la réduction de certains types de maladie, sur la fréquence de certaines affectations ou sur la durée de certaines procédures. Cette question du développement de moyens de mesurer la productivité et la performance du système devrait être examinée beaucoup plus qu'on ne l'a fait jusqu'à maintenant. Il existe déjà un certain nombre de barèmes de performance, certains moyens de mesurer. Au moins ceux qui existent devraient être examinés. J'en ai mentionné un: la durée des services. On peut aussi examiner l'utilisation que l'on fait des ressources. On a dit tout à l'heure qu'on trouvait trop de malades chroniques dans des hôpitaux pour soins aigus. C'est une autre façon de mesurer l'efficacité. Si, dans une province, on réussit à traiter les gens dans le bon type d'établissement, il y a une plus grande efficacité que lorsqu'on retrouve des malades chroniques dans des établissements de soins de courte durée.

Il y a bien des façons d'envisager toute cette question-là. Il y a déjà des critères qui existent, mais il serait nécessaire de pousser cette question beaucoup plus loin qu'on ne l'a fait jusqu'à maintenant.

Mme Bertrand: Vous dites que le monopole que possèdent les syndicats réduit la productivité.

M. Castonguay: Avant de traiter de cette question, j'aimerais revenir très brièvement à la question précédente.

Aujourd'hui, avec l'informatique, avec la collecte et l'analyse des données qui peuvent être faites, on peut aller beaucoup plus loin qu'il y a 10, 15 ou 20 ans dans le développement de mesures de performance et de productivité. On a aujourd'hui des outils beaucoup plus puissants et on devrait les utiliser davantage.

Mme Bertrand: On parle d'informatiser la carte d'assurance-maladie.

[Translation]

The problem is the same in the case of hospitals. If there are two identical hospitals and one is not run as well as the other, and yet offers the same services, the less well-run hospital spends more over the year. If funding is based solely on expenditures, to some extent we are encouraging inefficiency, if there are no other performance criteria or ways of measuring productivity. As far as I know, a system of this type is not in place at the moment, either for federal funding to the provinces or provincial funding to the hospitals.

Mrs. Bertrand: Could you help us establish some criteria for the hospitals themselves and for the provinces, with respect to federal funding?

Mr. Castonguay: As I was saying earlier, while these issues are not easy, they are not impossible to solve. Efficiency can be measured in various ways. We could look at the length of patients' hospital stays, for example. If the hospital stay is shorter for some procedures, the cost is a little lower. But we also have to determine whether shortening hospital stays is the best approach.

That is why I said that initially we should perhaps have a different type of objective that would really focus on people's state of health, the reduction of certain types of disease, the frequency of certain assignments or the duration of certain procedures. The issue of developing ways of measuring the system's productivity and performance should be examined much more than it has been to date. There are a number of ways of rating and measuring performance. We should at least be looking at the ones that already exist. I mentioned one of them: the duration of services. We could also look at the use made of resources. We said earlier that there were too many chronic care patients in acute care hospitals. That is another way of determining a hospital's efficiency. If some provinces manage to treat people in the right type of hospital, they are being more efficient than those who place chronic care patients in acute care hospitals.

There are many ways of looking at the whole problem. Criteria already exist, but we need to pursue this issue much further than we ever have in the past.

Mrs. Bertrand: You say that productivity is reduced because of the monopoly position of unions.

Mr. Castonguay: Before answering this question, I would like to come back very briefly to the previous one.

With all the data collection and analysis that can be done today as a result of computers, we can go much further now than we could 10, 15 or 20 years ago in developing performance and productivity measurements. We have much more powerful tools available today, and we should make more use of them.

Mrs. Bertrand: There is talk about computerizing the health insurance card.

[Texte]

M. Castonguay: C'est un des moyens. On peut collecter et traiter l'information de différentes façons, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années.

Passons maintenant à votre autre question, le monopole des syndicats. Au Québec, il est à peu près impossible de penser à déloger les syndicats qui sont en place, étant donné les règles du jeu qui ont été établies il y a un bon nombre d'années. La déduction des cotisations syndicales est faite à la source. Les syndicats sont dans une situation assez confortable, dans un domaine où, de toute façon, les personnels sont bien rémunérés et bien traités dans l'ensemble. Le fait que les syndicats sont dans cette situation ne contribue pas à améliorer la situation proprement dite. Au contraire, ils sont un des facteurs qui contribuent au maintien du statu quo. Trop souvent, ils contribuent aussi à la résistance au changement, à la recherche de façons nouvelles de distribuer les services.

Par exemple, il est clair que, dans les établissements hospitaliers, il y a une réticence, non seulement de la part des travailleurs, mais aussi des syndicats vis-à-vis de l'organisation des soins à l'extérieur, des soins à domicile par exemple. Ces formules un peu plus souples et un peu différentes d'organiser les soins, pour des raisons difficiles à imaginer, rencontrent très rarement, et je dirais même presque jamais, la faveur des syndicats. Il y a donc là des facteurs de résistance assez grands.

• 1035

On peut faire d'autres constatations du même genre. Par exemple, avec les définitions de tâches très précises que l'on rencontre, s'il y a des travailleurs un peu débordés à un endroit, il est difficile de faire en sorte que des travailleurs moins surchargés viennent leur prêter main-forte, ce qui se produit dans des entreprises non syndiquées. Dans ce secteur-là, cela ne se produit pas parce que les fonctions sont définies de façon tellement stricte qu'il est impensable d'aider une personne qui fait un travail un peu différent du vôtre.

Ce sont quelques exemples de la rigidité que les syndicats et les conventions collectives tels qu'on les connaît, et surtout la situation de monopole des syndicats, apportent dans le système.

Mme Maheu (Saint-Laurent—Cartierville): Je veux souhaiter la bienvenue à M. Castonguay. M^{me} Bertrand a abordé une question que je voulais soulever, mais j'en ai une autre.

Est-ce que le phénomène des CLSC existe aussi dans d'autres provinces? J'aimerais vous faire part d'une réaction personnelle. Je dois admettre que, comme je suis à Ottawa depuis un an et demi, je suis moins impliquée au niveau communautaire que je ne l'étais.

Au début, on se rendait compte qu'il y avait un très faible niveau d'activité dans nos CLSC. Il y avait par contre le phénomène de travailleurs et travailleuses sociales qui s'impliquaient dans l'action communautaire, dans des domaines qui n'avaient rien à voir avec le bien-être et la santé des gens. Je me demande si les CLSC nous coûtent très cher au Québec.

[Traduction]

Mr. Castonguay: That is one approach. Information can be collected and processed in a number of ways, and this simply was not possible a few years ago.

Let me move now to your other question regarding the monopoly of unions. In Quebec, it is virtually impossible to think of dislodging the existing unions, since the rules of the game were laid down many years ago. Union dues are deducted at source. The unions are in a fairly comfortable situation in the health field, where, in any case, employees are generally quite well paid and well treated. The degree of comfort of the unions does not really help improve the situation. In fact, they are one of the factors that often contribute to maintaining the status quo. Too often, they are part of a resistance to change and to finding new ways of distributing services.

For example, there is no doubt that both hospital employees and their unions resist the establishment of care services outside the hospital, such as home care. For reasons that are hard to understand, unions are rarely, in fact I would say almost never, in favour of somewhat new, more flexible ways of providing care. So there is considerable resistance.

There are other, similar, problems. Since job descriptions are so specific, if employees in a particular area are overworked, it is difficult to bring in less busy employees to help them out. That is what happens in non-unionized companies. In the health care field, the problem occurs because job are so defined in such narrow terms that it is out of the question to help someone who's job is slightly different from your own.

These are a few examples of the rigidity introduced into the system by unions and their collective agreements, and particularly their monopoly position.

Mrs. Maheu (Saint-Laurent—Cartierville): I would like to welcome Mr. Castonguay to our meeting. Mrs. Bertrand raised an issue that I was planning to raise, but I do have another question.

Do CLSCs, local community service centres, exist in other provinces as well? I would like to tell you about my personal reaction. Since I have been in Ottawa for a year and a half, I must say that I am less involved in the community than I was in the past.

Initially, people realized that the CLSCs were not very active. However, social workers were quite involved in community work, in fields that had nothing to do with people's health and well-being. I am wondering whether the CLSCs are not costing Quebec a great deal of money.

[Text]

Si oui, est-ce qu'il n'y aurait pas moyen d'en faire de vraies cliniques de santé et de bien-être au lieu de payer des travailleurs sociaux alors qu'on a suffisamment de tables de concertation dans presque toutes les villes, à tous les niveaux de services offerts à la population? Le personnel du CLSC prend une autre place autour d'une table qui fonctionnait déjà bien. Je me demande si le coût est énorme à ce niveau-là. Est-ce qu'il y a d'autres provinces qui offrent les mêmes services? À mon avis, il y a beaucoup de gaspillage d'argent à ce niveau-là.

Vous parlez du remboursement du coût de certains soins. Avez-vous pensé à nos aînés qui n'ont que leur pension pour vivre? Ils pourraient peut-être avoir des services plus efficaces à l'extérieur des hôpitaux, mais ils n'ont pas toujours les fonds nécessaires.

M. Castonguay: Des centres communautaires de santé ou de services, il en existe dans d'autres provinces. Ce n'est pas quelque chose de particulier au Québec. Peut-être ont-ils été développés de façon beaucoup plus systématique au Québec pour couvrir l'ensemble du territoire.

Ces centres locaux de services communautaires ont été développés à une époque où on mettait beaucoup l'accent sur la participation de la population. La population devait définir davantage ses besoins et les CLSC devaient y répondre. Cela a donné lieu à bien des choses. Cela a donné lieu à des abus dans certains cas et à de l'éparpillement. Au cours des années, le gouvernement a essayé de préciser davantage les fonctions qu'on devait retrouver dans les CLSC. Un certain progrès a été fait. Je sais que certains CLSC donnent un volume et une qualité de services qui répondent vraiment à des besoins et sont très efficaces. Dans d'autres cas, c'est différent: le volume et le type de services laissent à désirer.

• 1040

Je reviens au point que je mentionnais tout à l'heure. Il est important de développer des façons de mesurer un peu mieux ce qui se fait. Si on a décidé que les CLSC devaient rendre tels types de services, il faut mesurer le volume de ces services et payer en fonction de cela. Si les responsables des CLSC veulent faire autre chose, ils doivent aller chercher ailleurs les moyens de financer ces autres activités.

Vous mentionniez d'autres types d'activités qui, selon vous, sont plus ou moins valables. Cela ne devrait plus être financé dans un contexte où les ressources financières sont insuffisantes pour répondre à l'ensemble de la demande. On devrait au moins essayer de concentrer ces ressources sur des choses qui apparaissent prioritaires. C'est là qu'il est très important de développer des moyens de mesurer plus clairement ce qui se fait et pourquoi on finance différents types de services.

Votre deuxième question portait sur le remboursement. Il y aura toujours des personnes qui n'auront pas les moyens financiers de payer certains services. Ce n'est pas un problème nouveau. Ce sont principalement des assistés sociaux, des personnes âgées qui ne reçoivent que leur pension de vieillesse et possiblement le supplément du revenu garanti, qui sont peut-être même, dans certains cas, dans des habitations à loyer modique, qui reçoivent donc déjà

[Translation]

If so, could we not turn them into real health clinics, rather than paying social workers, particularly since there are enough interdisciplinary teams, including social workers, offering this type of services in almost every city and town? The CLSC representatives become part of a team that was functioning well without them. I am wondering whether this is not costing us a lot of money. Do other provinces offer the same services? I think we are wasting a lot of money on this type of thing.

You talk about paying for some health care services. Have you thought about senior citizens who have only their pension to live on? It might be more efficient to offer services outside of hospitals, but the seniors I am thinking of would still not be able to afford them.

Mr. Castonguay: There are local community service centres in other provinces. They are not unique to Quebec. They may have been set up much more systematically in Quebec to cover the whole province.

The CLSCs were established at a time when public participation was a high priority. People were supposed to define their needs more and the CLSCs were supposed to meet those needs. This idea led to many things, including some abuse of services and some loss of focus. Over the years, the government has tried to further define the services CLSCs should offer. Some progress has been made. I know that some CLSCs provide a quantity and quality of services that really meet the needs and are very efficient. In some other places, the volume and type of services are inadequate.

Let me get back to the point I mentioned earlier. There is a need to develop ways of better measuring those services. If we decide that CLSCs are to provide some specific kinds of services, we should measure the volume of those services and provide funding on the basis of that volume. If the officials of the CLSCs want to do something else, they should have to look elsewhere to fund those other activities.

You mentioned other types of activities which in your opinion are not all they could be. Such activities should no longer be funded at a time when financial resources no longer allow us to meet all of the demand. We should at least try to focus those resources on matters considered priorities. It is therefore very important to develop means of assessing more clearly what is being done and why funding is provided for different types of services.

Your second question dealt with refunds. There will always be people who cannot afford some services. This is not a new problem. Those people are mostly social welfare recipients, elderly people who only have their old age pension and possibly the guaranteed income supplement, who may even sometimes live in low rent, subsidized housing and therefore already receive some form of support. If some people are not able to pay, they will always have the option

[Texte]

certaines formes d'aide. Si certaines personnes n'ont pas les moyens de payer, elles pourront toujours aller dans les établissements où il ne faut pas payer au préalable, soit dans les hôpitaux. Elles pourront dire: Je veux être soigné ici parce que je n'ai pas le moyen de payer et de me faire rembourser. Il ne me semble pas que ce soit un problème insoluble.

Mme Maheu: Vous êtes en train de décrire deux classes de citoyens, surtout au niveau de nos aînés. Il y en a beaucoup qui n'habitent pas nécessairement des logements subventionnés, mais qui ont juste assez d'argent pour arriver. Il faut aussi penser à leur fierté. Je ne voudrais pas qu'on ait au Canada un système à deux classes de citoyens, surtout pour les personnes âgées du pays.

M. Castonguay: Écoutez, il y a des choix à faire. Il vaut peut-être mieux être obligé, à un moment donné, de passer par une procédure un petit peu différente pour obtenir les services que de ne pas les obtenir du tout. Dans bien des cas présentement, c'est ce qui se produit. Je comprends que c'est mauvais et qu'on veut éviter d'identifier les gens et de créer des classes différentes de citoyens, mais il reste que dans certains cas, dans le moment, c'est l'absence des services qui est le problème le plus sérieux. Quel est le mieux des deux?

The Chairman: Mr. Castonguay, you were commenting on the number of doctors training in the province of Quebec. I think you said there were roughly 200 to 300 a year. I know some of the other fields or professions have some type of quota system at the university, and I would assume, if that many going into the profession, that the logical thing would be to spread out and lower the income for everybody. That is what happens in the real world, in a lot of places. Supply and demand usually looks after it, and it makes it less attractive for people to provide that service.

• 1045

I gather that is not the case. Obviously, if you have to maintain the cost of an increasing number of people who cannot contribute significantly more—and I am not suggesting doctors are not contributing—trying to absorb that many new practitioners places an extreme burden on the whole system if there is not a genuine need for them. Am I understanding that situation correctly?

Mr. Castonguay: Yes. It is not an easy one. We have, in the province of Quebec, four schools of medicine, or four faculties. First, politically, I do not think it would be possible to close down one. It would not necessarily be the best solution to take. A lot of resources have been invested in the development of those schools or faculties, and the teaching facilities in the hospitals.

Reducing the number of students—again, if you want to maintain the proper balance in your faculty and the number of professors, etc., it is difficult to imagine that you could. If you reduce, for example, the number of students coming in each year by 50%, you will not reduce the number of professors or doctors teaching in the hospitals in the same proportion, so you will not achieve much economy by just cutting down on the number of students, because you need to

[Traduction]

of going to centres where they do not have to pay up front, namely hospitals. They will be able to say: I am applying for care here because I am not able to pay and get a refund. I do not think this is an unsurmountable problem.

Mrs. Maheu: You are talking about two categories of citizens, especially among elderly people. A lot of those people may not necessarily be living in subsidized housing, but still barely manage on their incomes. We should not overlook the pride of those people. I would not like to see a Canada with two categories of citizens, especially among elderly people.

Mr. Castonguay: Look, there are choices to be made. Maybe it is better at some point to have to go through a somewhat different procedure to obtain some services rather than not being able to take advantage of them at all. This is indeed what is happening frequently at the present time. I understand that this is bad and that you do not want to identify those people and create different classes of citizens, but the fact is that in some cases, at present, the problem lies mostly in the lack of services. Which is the better option?

Le président: Monsieur Castonguay, vous parliez du nombre de médecins formés au Québec. Je crois que vous avez dit qu'il y en avait environ 200 à 300 par an. Dans certains autres domaines ou professions, il y a des quotas universitaires, et j'imagine que s'il y a tant de candidats à cette profession, logiquement, il va y avoir un étalement et un abaissement du revenu de chacun. C'est ce qui se passe dans le monde réel dans bien des cas. L'offre et la demande s'équilibrent, et la profession devient moins attirante.

Je crois qu'ici ce n'est pas le cas. De toute évidence, si l'on doit continuer à financer de plus en plus de gens qui ne peuvent pas apporter une contribution nettement plus importante—je ne veux pas dire que les médecins n'ont aucune contribution—l'intégration d'un grand nombre de nouveaux praticiens dont on n'a pas vraiment besoin doit peser très lourd dans le système. C'est bien cela?

M. Castonguay: Oui. Ce n'est pas facile. Au Québec, nous avons quatre écoles de médecine, quatre facultés de médecine. Premièrement, d'un point de vue politique, je ne pense pas qu'on puisse en fermer une. On a investi des ressources considérables dans la création de ces écoles ou facultés et des services d'enseignement hospitaliers.

Il est difficile de penser qu'on pourrait réduire le nombre d'étudiants—toujours si l'on veut maintenir un équilibre avec le nombre de professeurs etc. Si l'on réduit par exemple le nombre d'étudiants admis chaque année de 50 p. 100, on ne va pas réduire le nombre de professeurs ou de médecins enseignant dans les hôpitaux dans les mêmes proportions, donc on ne fera pas beaucoup d'économies en limitant simplement le nombre d'étudiants, car on aura quand même

[Text]

maintain a proper complement of teaching resources and equipment. It seems to me that one approach would be to continue. . . and there is another dimension to this problem. If you lower the income under the current system, where doctors are paid mainly on a fee-for-service basis—if you lower, for all the doctors, the level of remuneration—you will probably start losing the best ones, who will go elsewhere, and if you tried to change from a fee-for-service basis to a system of remuneration based strictly on salary, we have seen that may create other problems. Other countries have tried it. So there is some room to try to improve on the system using the method of remuneration.

But basically the problem of forming too many doctors remains. This is why I was suggesting we could possibly admit a greater number of students coming from other countries into our schools of medicine. It could be a very valuable form of aid to other countries.

The Chairman: You said, and I realize it, that you do not wish to comment on other parts of the country, but do you think this is a problem unique to Quebec? I see other areas where we are short of doctors, and in many cases foreign doctors. . . In the case of Alberta, quite a lot of doctors come in from the United Kingdom. Some of the smaller communities are desperately short of doctors. Is this unique to Quebec? Do you feel that perhaps some of the doctors who do graduate are reluctant to go to other parts of the country?

Mr. Castonguay: I know that in Quebec a number of doctors have come from other countries, and they contribute and bring valuable services. At the same time, as we see the number of doctors per capita increase, as I have indicated, we also witness the same problem in some communities. In some more sparsely populated areas, we have shortages of doctors in Quebec also. That is a different problem. The oversupply of doctors seems to concentrate in the larger cities, and even if there are too many in some areas that does not seem to solve the problems of other areas where there are shortages. That problem is another one that needs to be tackled in a different way, in my opinion.

• 1050

The Chairman: Perhaps education is a good example. To qualify for student loans or bursaries a contract is signed to provide one, two or perhaps more years of services within a community or an area. I think it does give some assistance to those areas that have difficulty maintaining the service, whether or not it is feasible. It is probably questionable.

Mr. Castonguay: I know that in Quebec a number of attempts have been made to try to attract doctors to smaller villages and remote areas. Some progress has been made. The problem now is much less acute than it was a few years ago but there is still some progress to be made. Even if some doctors are attracted by the kinds of means you have described, after a while, if they do not see much of a future in a remote area for their practice, or to keep in touch with

[Translation]

besoin de préserver une structure et un matériel d'enseignement corrects. À mon avis, on pourrait continuer. . . et c'est une autre dimension du problème. Si l'on diminue le revenu dans le régime actuel, où les médecins sont payés essentiellement à l'acte, si l'on réduit la rémunération de tous les médecins, on va probablement commencer par perdre les meilleurs qui vont partir, et si l'on essaie de passer d'un régime de rémunération à l'acte à un régime de rémunération strictement salariale, nous savons que cela crée d'autres problèmes. D'autres pays s'y sont déjà essayés. Donc, on peut essayer d'améliorer le système en utilisant la méthode la rémunération.

Il reste que nous formons trop de médecins. C'est pourquoi je pensais que nous pourrions par exemple admettre un plus grand nombre d'étudiants de l'étranger dans nos écoles de médecine. Cela pourrait être une forme d'aide précieuse pour d'autres pays.

Le président: Vous dites, et je vous comprends très bien, que vous ne voulez pas faire de commentaires au sujet des autres régions du pays, mais pensez-vous que le problème soit spécifique au Québec? Il y a d'autres régions où nous avons une pénurie de médecins, et où dans bien des cas ce sont des médecins étrangers. . . En Alberta, il y a beaucoup de médecins qui viennent du Royaume-Uni. Certaines petites villes manquent désespérément de médecins. Le problème est-il spécifique au Québec? Pensez-vous que les médecins qui terminent leurs études ne veulent pas partir dans d'autres régions du pays?

M. Castonguay: Je sais qu'il y a au Québec de nombreux docteurs qui viennent de l'étranger et qui rendent des services précieux. En même temps, malgré l'augmentation du nombre de médecins par habitant, comme je vous le disais, nous constatons aussi le même problème dans certaines villes. Nous avons aussi au Québec des pénuries de médecins dans les zones peu peuplées. C'est un autre problème. C'est dans les grandes villes qu'il y a une pléthore de médecins, mais ce n'est pas parce qu'il y en a trop dans certains endroits que cela règle le problème d'autres régions où il y a au contraire une pénurie. À mon avis, c'est un problème qui devrait être abordé sous un autre angle.

Le président: L'éducation serait peut-être un bon exemple. Pour obtenir un prêt ou une bourse d'étude, on signe un contrat par lequel on s'engage à servir pendant une, deux ou plusieurs années dans une ville ou une région. Cela aiderait les régions qui ont du mal à maintenir le service, mais je ne sais pas si c'est possible.

M. Castonguay: Je sais qu'au Québec on a fait tout sorte d'efforts pour attirer les médecins vers les petits villages et les régions reculées. On a fait des progrès. Le problème est moins grave qu'il y a quelques années, mais il reste encore du chemin à faire. Même si l'on réussit à attirer certains médecins grâce aux moyens que vous venez de décrire, ils s'aperçoivent assez rapidement qu'ils n'ont pas d'avenir dans une région reculée, ou que s'ils veulent se maintenir au

[Texte]

what is going on. . . They are in a dynamic profession, new ways are being developed all the time. If they find that they cannot keep up in a remote area, practicing by themselves, that may be a factor bringing them back to the larger centres.

It is not an easy problem, but I think it is a more definite one than the one I described. . . the excessive number of doctors for the population as a whole.

Mme Bertrand: Monsieur Castonguay, croyez-vous qu'il y aurait des économies financières à réaliser si le mode de rétribution des médecins était modifié? Actuellement, les médecins sont payés à l'acte.

J'ai entendu des commentaires de spécialistes qui disent que leur tarif n'est pas suffisamment élevé par rapport à celui de généralistes. Ils ont dit: Donnez-nous un salaire; on est obligés de se battre tellement fort pour essayer d'avoir un meilleur tarif à l'acte qu'on ne verrait pas d'objection à être à salaire, pourvu que le salaire soit convenable.

Est-ce qu'il n'y a pas des abus dans la rémunération à l'acte?

M. Castonguay: Il y a sûrement d'autres moyens. D'ailleurs, certains moyens ont été développés et sont utilisés. Il y a le salaire, évidemment, mais il y aussi une combinaison de salaire et de ce qu'on appelle des vacations, c'est-à-dire tant pour une période de travail de tant d'heures. Cela s'applique bien à certains types d'activités. Par exemple, le médecin qui pratique en cabinet privé et qui est appelé à faire du service dans un hôpital sera rémunéré tant pour chaque période de trois ou quatre heures.

Donc, vous avez la vacation, vous avez le salaire et vous avez la rémunération à l'acte. Ce sont des modes de rémunération qui peuvent être combinés. Dans l'ensemble, on peut arriver à un système de rémunération plus adapté que celui que nous avons présentement.

Mme Bertrand: Et moins onéreux.

M. Castonguay: Et possiblement moins onéreux; en tout cas, il peut donner plus d'efficacité pour le même montant de dollars.

La résistance à d'autres modes de rémunération est beaucoup moins grande aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a un certain temps. Le moment est peut-être venu de réviser davantage les modes de rémunération.

• 1055

The Chairman: Joan Vance from our research department is compiling the information. It is hoped that she will be the one who will assist our committee as we compile our report. She would like to raise some questions with you, Mr. Castonguay.

Ms Joan Vance (Researcher, Library of Parliament): I just have one question, Mr. Castonguay. I find your suggestion to permit patients to go to a facility of their choice, pay, and then be reimbursed, very interesting. I have one concern with respect to that.

If you have private facilities competing to provide these services, is there not a danger that this might even fuel or increase health care costs?

Mr. Castonguay: I do not think so. I do not think that people, on the whole, will ask for health services they do not need. There is not much fun in undergoing all sorts of treatments, procedures, and so on. There may be some abuses in some areas, but I do not think that on the whole this is really the major problem.

[Traduction]

courant. . . ils appartiennent après tout à une profession dynamique, en évolution constante. S'ils s'aperçoivent que dans le fond de leur campagne ils n'arrivent pas à suivre cette évolution, cela peut les inciter à repartir vers les grands centres.

Ce n'est pas un problème facile, mais je pense qu'il est mieux défini que celui dont je vous parlais. . . Le problème du nombre excessif de médecins par rapport à l'ensemble de la population.

Mrs. Bertrand: Mr. Castonguay, do you believe that savings might be achieved if doctors' services were to be paid in a different way? Presently, we live in a fee-for-service system.

I have heard specialists complain that their fees were inadequate as compared with those of general practitioners. They said: give us a salary; we have to fight so hard to get a better fee-for-service that we would not mind getting a salary provided it is a decent salary.

Are there not some excesses in the fee-for-service system?

Mr. Castonguay: There must be other ways. In fact, some other means have been developed and used. Of course, there can be a salary paid, but there can also be a combination of salaries and payment for duty periods, that is for being on duty for a specific number of hours. This form of remuneration works well for some types of activities. For instance, a private practitioner who spends three or four hours on duty in a hospital will be paid accordingly.

So you have payment for hours of duty, salaries and fee-for-service. These are different modes of payment which can be combined. On the whole, we might come up with a more convenient mode of payment than what we have presently.

Mrs. Bertrand: And less expensive too.

Mr. Castonguay: Possibly less expensive; at least we could get a more efficient service for the same amount of money.

There is far less resistance to alternate modes of remuneration than some time ago. Maybe the time has come for a more in-depth review of payment modes.

Le président: Joan Vance, de notre service de recherche, est en train de rassembler les informations. Elle va nous aider à préparer notre rapport, et elle voudrait vous poser quelques questions, monsieur Castonguay.

Mme Joan Vance (rechercheuse, Bibliothèque du Parlement): J'ai simplement une question à vous poser, monsieur Castonguay. Je trouve très intéressante votre proposition d'autoriser les patients à se présenter à l'établissement de leur choix, à payer et à se faire rembourser. Cela me pose toutefois un problème.

Si vous avez des établissements privés qui se concurrencent pour offrir ce genre de service, ne pensez-vous pas que cela risque de faire augmenter les coûts des soins de santé?

M. Castonguay: Non. Dans l'ensemble, je ne pense pas que les gens demanderont des services dont ils n'ont pas besoin. Ce n'est pas très drôle de subir toutes sortes de traitements, de procédures etc. Il y aura peut-être des abus dans certains cas, mais globalement je ne pense pas que ce soit un problème.

[Text]

It seems to me that if there is a little more competition between alternative forms, the more efficient one will survive. The less efficient one will either close down its doors and concentrate on other activities where they are more performing, or it will try to improve.

I do not think that we have to fear that people will use excessively, or without any good reasons, medical or health services. I think that where there are abuses it can be quite clearly identified, and something done about it.

Ms Vance: I was thinking of it more in the latter part of your response about an increased number of private facilities competing for those services, if there were more of them and they were competing. But I accept your answer—I think it is very good—that the more efficient ones will prevail.

Mr. Castonguay: It is the law of supply and demand. I see it in the private sector all the time. Those who do not perform do not survive. The same would apply here. Services that are inefficient would close down.

If a hospital administration sees the number of patients going down in some type of facility—not a core facility for that hospital—after a while they will see that they are paying too much money for it. They will try to channel their funds into an area where their services are more in demand and more important for the proper functioning of that hospital. So I do not think that is really a big problem.

The Chairman: Mr. Castonguay, may I extend to you, on behalf of the committee, our sincere thanks for appearing this morning. In contemplating the list of witnesses to appear before us, certainly your name came up a number of times. It was highly recommended. As your past experience has indicated, your background in the health care system in the province of Quebec is known throughout Canada. The testimony you provided us with today was certainly refreshing. You gave us a lot of material. I think Joan and those of us putting together the report will certainly take it into consideration.

We do sincerely thank you, sir. I know that you, as with all of us on the Hill today, are perhaps preoccupied with thoughts of other meetings going on. I guess each of us, in our own way, is certainly hopeful that what is in the best long-term interests of Canada is achieved at the meetings going on. In our own small way in this meeting, too, we hope we are achieving something that will serve all Canadians in the future in improving the system.

• 1100

On behalf of the committee, our sincere thanks to you, sir, for appearing today.

The meeting is adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

J'ai l'impression que s'il y a un peu plus de concurrence entre diverses formes d'établissements, ce sont les plus efficaces qui survivront. Les moins efficaces fermeront leurs portes pour se concentrer sur d'autres activités où ils seront plus performants, ou ils essaieront de s'améliorer.

Je ne pense pas qu'il faille craindre que les gens aient excessivement recours sans de bonnes raisons aux services médicaux ou de santé. Je pense que les abus peuvent être facilement dépistés et réglés.

Mme Vance: Je pensais surtout à la deuxième partie de votre réponse et à l'idée qu'il pourrait y avoir un plus grand nombre d'établissements privés en concurrence pour assurer ce genre de service. Mais je pense que vous avez raison de dire que ce sont les plus efficaces qui l'emporteraient.

M. Castonguay: C'est la loi de l'offre et de la demande. On peut le voir constamment dans le secteur privé. Ceux qui ne sont pas à la hauteur ne survivent pas. Ce serait la même chose ici. Les établissements inefficaces seraient obligés de fermer.

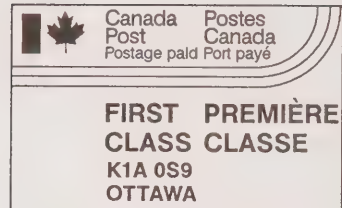
Si l'administration d'un hôpital s'aperçoit que le nombre de patients diminue dans un de ses secteurs, pas un secteur central de cet hôpital, au bout d'un certain temps elle va se dire que ce secteur lui coûte beaucoup trop cher. Elle va essayer de canaliser les fonds vers un autre domaine où il y a une demande plus importante et où il est plus important d'assurer un bon fonctionnement du service. Je ne pense donc pas que ce soit un gros problème.

Le président: Monsieur Castonguay, permettez-moi au nom du comité de vous exprimer nos sincères remerciements pour votre témoignage. Votre nom a été mentionné à maintes reprises lorsque nous élaborions la liste des témoins que nous voulions convoquer. Vous avez été chaleureusement recommandé. Votre expérience du domaine de la santé au Québec est connue dans tout le Canada. Vous nous avez apporté aujourd'hui des suggestions très rafraîchissantes et des informations considérables. Joan et ceux d'entre nous qui vont rédiger le rapport ne manqueront pas d'en tenir compte.

Encore une fois, merci beaucoup. Je sais que, comme nous tous sur la Colline aujourd'hui, vous êtes peut-être préoccupé par certaines autres rencontres qui se déroulent actuellement. Je pense que chacun de nous à sa façon espère sincèrement que la conclusion de ces entretiens servira au mieux les intérêts à long terme du Canada. Plus modestement, ici, nous espérons que nous pourrions élaborer des améliorations du système de santé dont pourront profiter les Canadiens à l'avenir.

Au nom du comité, je vous remercie sincèrement d'être venu nous rencontrer.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS

Claude Castonguay, Quebec former Minister of Health, Family and Welfare (1970-71) and former Minister of Social Affairs (1971-73).

TÉMOIN

Claude Castonguay, ex-ministre de la Santé, de la famille et du bien-être social (1970-1971) et ex-ministre des Affaires sociales (1971-1973) du Québec.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 36

Tuesday, June 12, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 36

Le mardi 12 juin 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JUNE 12, 1990

(45)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:09 o'clock a.m. this day, in Room 269, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stanley Wilbee.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Medical Association: Dr. Marcien Fournier, President; Dr. William J. Vail, Chairman of the CMA Committee on Physician Resources; Dr. Jack O'Hashi, Member of the CMA Committee on Health Disciplines; Dr. Peter K. Fraser, Member of the CMA Special Committee on Professional Liability in Medicine; Dr. Leo-Paul Landry, Secretary General. From the Canadian Pharmaceutical Association: Leroy Fevang, Executive Director; Dr. Jeff Poston, Research Director.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Marcien Fournier and Dr. William J. Vail made statements and, with the other witnesses, answered questions.

At 10:19 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:22 o'clock a.m., the sitting resumed and the representatives from the Canadian Pharmaceutical Association appeared before the Committee. Leroy Fevang made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 12 JUIN 1990

(45)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 09, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Bruce Halliday, Robert Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stanley Wilbee.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De l'Association médicale canadienne: Marcien Fournier, président; William J. Vail, président du Comité de planification des effectifs de médecins; Jack O'Hashi, membre du Comité des disciplines paramédicales; Peter K. Fraser, membre du Comité spécial sur la responsabilité professionnelle; Léo-Paul Landry, secrétaire général. De l'Association pharmaceutique canadienne: Leroy Fevang, directeur général; Jeff Poston, directeur de la recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime de soins de santé au Canada.

Marcien Fournier et William J. Vail font un exposé et, avec les autres témoins, répondent aux questions.

À 10 h 19, la séance est suspendue.

À 10 h 22, la séance reprend et les témoins de l'Association pharmaceutique comparaissent devant le Comité. Leroy Fevang fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, June 12, 1990

• 0909

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum, and the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

• 0910

This morning we have the pleasure of welcoming the Canadian Medical Association. We have with us Dr. Marcien Fournier, Dr. William J. Vail, Dr. Jack O'Hashi and Dr. Peter K. Fraser. Gentlemen, we welcome you to the standing committee this morning, and we look forward to your testimony. You are among a large group of witnesses this committee has had before it in consideration of the study we are doing relative to the health care system in Canada, and we are particularly pleased that you are able to be with us this morning. I would ask that you introduce the people who are with you. We look forward to your testimony, followed by questions from the members.

Dr. Marcien Fournier (président de l'Association médicale canadienne): Monsieur le président Porter, madame la vice-présidente, au nom de mes collègues il me fait plaisir de vous présenter les membres de l'Association qui vont faire la présentation.

Dr. William Vail is Chairman of the CMA Committee on Physician Resources. He is from Newmarket, Ontario, and is a general surgeon. Dr. O'Hashi is a member of the Committee on Health Disciplines. He is from Saskatoon, Saskatchewan, and is a general practitioner, a family physician. Dr. Peter Fraser is a member of the CMA Special Committee on Professional Liability in Medicine. He is from Oromocto, New Brunswick, and is a family physician. Dr. Landry is the Secretary General of CMA. I am President, and I am a pathologist from Quebec City.

The Canadian Medical Association has been concerned about health and human resources issues for many years. The CMA has made substantial commitments to better understand physician supply, distribution and planning issues. Three initiatives have been undertaken. First, the CMA has participated in the work of the National Committee on Physician Manpower since it was formed in 1971 and would welcome the opportunity to continue to do so. Second, in 1981 the CMA began to develop the CMA Physician Resource Data System to have better data and information about the numbers, the demographics and practice characteristics of Canadian physicians. Third, the CMA established a committee of the board of directors, the Committee on Physician Resources, to study policy issues, seek information and provide suggestions to the board of directors. The CMA is also a partner in the founding and administration of the Canadian Post-M.D. Education Registry, known as CAPER.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 12 juin 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte. Nous avons quorum et le comité poursuit l'étude du régime de soins de santé au Canada et son financement.

Ce matin nous sommes heureux d'accueillir l'Association médicale canadienne. Nous entendrons les docteurs Marcien Fournier, William J. Vail, Jack O'Hashi et Peter K. Fraser. Messieurs les médecins, nous vous souhaitons la bienvenue aux travaux de notre comité permanent ce matin et nous avons hâte d'entendre votre témoignage. Vous faites partie de nombreux témoins que le comité a entendus dans le cadre de l'étude que nous effectuons sur le régime de soins de santé au Canada et nous sommes particulièrement heureux de vous accueillir ce matin. Je vous demanderais de présenter les collègues qui vous accompagnent. Suite à votre exposé, les députés vous poseront des questions.

Dr. Marcien Fournier (President, Canadian Medical Association): Mr. Chairman Porter, Madame Vice-Chairman, on behalf of my colleagues, it is a pleasure to present the members of our association who will be making a presentation this morning.

Le Dr William Vail est président du Comité de planification des ressources en médecins de l'AMC. Il est chirurgien général et originaire de Newmarket en Ontario. Le Dr O'Hashi est membre du Comité des disciplines paramédicales et est originaire de Saskatoon en Saskatchewan où il pratique la médecine générale; il est médecin de famille. Le Dr Peter Fraser est membre du comité spécial de l'AMC sur la responsabilité civile professionnelle en médecine. Il est originaire d'Oromocto au Nouveau-Brunswick et il est médecin de famille. Le Dr Landry est secrétaire général de l'AMC. Je suis président et je suis pathologiste originaire de Québec.

L'Association médicale canadienne s'intéresse depuis des années aux questions touchant les ressources humaines dans le domaine de la santé. Notre association a déployé des efforts pour mieux comprendre les problèmes relatifs à l'offre, la répartition et la planification du personnel médical. Elle a pris pour cela les trois initiatives suivantes: elle a participé aux travaux du Comité national de la main-d'oeuvre médicale depuis sa création en 1971 et souhaite continuer à le faire; en 1980, l'AMC a entrepris l'élaboration d'un système de données sur les médecins dans le but de disposer de meilleures données et de meilleurs renseignements sur le nombre et les caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins canadiens; enfin l'association a constitué un comité du conseil d'administration, le comité de la main-d'oeuvre médicale, chargé d'étudier les questions de politique, d'obtenir des renseignements et de formuler des suggestions au conseil d'administration. L'association participe également au financement et à l'administration du système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique.

[Texte]

En juin 1988, l'Association médicale canadienne a comparu devant ce même Comité permanent pour parler des problèmes et des pressions auxquels doit faire face le secteur des services de santé. Dans son mémoire, l'Association médicale canadienne déclarait que:

La planification de la main-d'oeuvre, la répartition des médecins et la formation de médecins compétents pour répondre aux besoins actuels et futurs du public constituent les priorités de l'AMC.

Son rapport intitulé *Canadian Physician Resources—Concepts and Strategies for a Rational Approach to Physician Resources Planning*, désigné ci-après comme le rapport de l'AMC, a été adopté en totalité en août 1989 comme l'expression de la politique de l'Association au sujet de la planification des ressources humaines. L'Association médicale canadienne présente au Comité de la Chambre ce rapport qui constitue l'essence de son mémoire. Le thème central du rapport souligne que la planification de la main-d'oeuvre médicale est complexe et qu'elle doit se faire dans le contexte de l'ensemble du système de prestation des services de santé.

• 0915

Dr. William J. Vail (Chairman, Committee on Physician Resources, Canadian Medical Association): Mr. Chairman, ladies and gentlemen, it is privilege to be here. I always regret I do not have the facility in both languages our president has.

I thought, sir, this morning I might discuss with you three areas. One is to give you a snapshot of manpower, or physician resources; secondly, some of the involvements of the Canadian Medical Association; and maybe some responsibilities that you, sir, and your colleagues have as Members of Parliament.

Doctor's training is something we should spend a moment at. As you probably appreciate, a doctor's training is long. It starts off with two to four years of undergraduate studies, four years of graduate studies, and following that, to be a family doctor in most provinces of Canada you need an additional two years of specialty training. If you become a specialist, as we refer to under the Royal College, it requires another five to seven years. So it is a very extensive process.

I bring that to your attention to point out that if there are any changes in numbers of manpower, and if you do it at the graduate level or the undergraduate level, it takes some time before it works its way through the system. Therefore you have to be very careful turning on or turning off the pipe. I think this is a very important matter.

After having said that, there are other complexities of medical manpower or physician resources, and some of those complexities are by society itself. We have now within our profession men and women of many cultural groups, from many areas of society. The lifestyle of doctors is not remote from the lifestyle of the citizens of our country.

[Traduction]

In June 1988, the Canadian Medical Association appeared before this Standing Committee to discuss the issues and add pressures that face this sector. In its brief, the CMA stated that:

Manpower planning, position distribution and the training of appropriate positions to answer the current needs of the public are priorities for the CMA.

The CMA report *Canadian Physician Resources—Concepts and Strategies for a Rational Approach to Physician Resources Planning*, hereinafter referred to as the CMA Report, was adopted in full by the CMA in August 1989 as an expression of association policy on human resource planning. The CMA is presenting this report to the House Committee as the core of its brief. An essential theme of the CMA report stresses that physician resource planning is complex and must be conducted within the context of the health care delivery system.

M. William J. Vail (président, Comité de planification des ressources en médecins): Monsieur le président, mesdames et messieurs, c'est un honneur pour moi d'être ici ce matin. Je regrette de ne pas être en mesure de m'exprimer dans les deux langues officielles comme le fait si bien notre président.

Je désire aborder avec vous ce matin trois domaines. Premièrement, je désire vous tracer un instantané de la main-d'oeuvre médicale, deuxièmement, vous parler de la participation de notre association et, enfin, aborder peut-être certaines responsabilités qui vous sont dévolues à vous et à vos collègues du Parlement.

Nous devrions nous attarder sur la formation des médecins. Comme vous le savez sans aucun doute, la formation d'un médecin s'étend sur une période assez longue. Cette formation débute par des études de 1^{er} cycle d'une durée de deux à quatre ans, suivie de quatre années d'études de 2^e et 3^e cycles et, par la suite, les médecins de famille dans la plupart des provinces au Canada doivent compléter deux années supplémentaires de formation spécialisée. Pour devenir spécialiste, en vertu des dispositions du Collège royal, il faut compter cinq à sept années d'études supplémentaires. Il s'agit donc d'une formation très longue.

Je vous mentionne cela pour souligner que si on apporte des changements dans le nombre de médecins et si ces changements sont apportés au niveau des études de 2^e cycle ou 3^e cycle ou encore au niveau du 1^{er} cycle, il faut un certain temps avant que ces changements ne soient ressentis dans le régime en place. Donc, il faut être très prudents avant d'ouvrir ou de fermer le robinet. Il s'agit là d'une question importante à mon avis.

Cela étant dit, il y a d'autres problèmes complexes touchant la main-d'oeuvre médicale et certains de ces problèmes complexes découlent de la société elle-même. Au sein de notre profession, nous comptons des hommes et des femmes provenant de nombreux groupes culturels, de nombreux segments de la société. Le style de vie des médecins n'est pas dissocié de celui des citoyens de notre pays.

[Text]

We are in an information age. I cannot help but recall yourself, sir, 25 years ago, coming into this House and having one little office for two members, and now you have more facilities, which you should have: that is part of the information age.

We also have an increasing number of women who are entering our profession, and that of course creates situations of two careers. At the moment about half of the medical entrants are males, and in turn in a few years about half of the doctors of this country will in all likelihood be females.

We have an additional complexity here in manpower. There are 39 recognized specialties in medicine. The United States has many more; something in the low 50s. This creates another complexity when you are discussing manpower. We must not forget, too, that this whole system is a very dynamic system. It is moving. It is changing with science and other factors in our society.

As the president indicated, manpower planning cannot be taken in isolation. It is not an end. It is part of the whole health care planning process. So what we are dealing with is something that is very complex, and very sensitive touches to the system can create great changes within the system.

Obviously, the intent of having anything to do with manpower—increasing, decreasing, or changing it—has a couple of objectives. One is for the health of the citizens of our country, and the other is we cannot ignore the individuals themselves after this extensive training, which has taken place in the most productive time of their life, if at the end of the road they are unable to practise their specialty or their profession. It would be a sad waste of resources, since we do attract some of the brightest young men and women of our country to our profession.

The Canadian Medical Association, as the president has indicated, has had a long history of interest in medical manpower. We are not unique in that. There have been three or four studies during the last 12 months in various provinces in Canada on medical manpower. So it is very high on the agenda of governments in all provinces, and in some more particularly.

As the president has indicated, one of the things we are proud of is our resource data bank. At one time I thought one could go to the yellow pages and find the names of doctors and add them up and then we would have the answer. Well, it is much more complex.

• 0920

Our resource data bank, the one created at the expense of the Canadian Medical Association, is really an inventory of who the doctors are, where they are, the specialty of the practice, their age group, and other very important factors, so

[Translation]

Nous sommes à l'ère de l'information. Je ne peux m'empêcher de vous imaginer monsieur le député, il y a 25 ans, lorsque vous vous seriez présenté à cette Chambre et que deux députés auraient dû se partager un minuscule bureau; de nos jours, vous avez des bureaux beaucoup plus spacieux, comme il se doit: cela fait partie de l'ère de l'information.

Il y a également un nombre croissant de femmes qui entrent dans la médecine et cela crée une situation où l'on retrouve deux carrières. Présentement, environ la moitié des nouveaux inscrits en médecine sont des hommes, et par conséquent, d'ici quelques années, la moitié des médecins au pays seront en toute vraisemblance des femmes.

Nous avons un problème complexe supplémentaire dans le domaine de la main-d'oeuvre. On compte présentement 39 spécialités reconnues dans la médecine. Aux États-Unis, leur nombre est beaucoup plus élevé, se situant dans la cinquantaine. Cela a créé un autre problème lorsque l'on parle de ressources humaines. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un régime et d'un système très dynamiques. En effervescence. Ce régime suit l'évolution des sciences et les autres facettes de notre société.

Comme notre président l'a indiqué, la planification de la main-d'oeuvre ne peut être faite de façon isolée. Ce n'est pas un objectif en soi. Cela fait partie de tout le régime de soins de santé. Nous devons donc faire face à un problème très complexe et des changements minimes peuvent engendrer des transformations importantes au sein de tout ce régime.

De toute évidence, lorsque l'on touche à la main-d'oeuvre, pour l'augmenter, la réduire ou le modifier, l'objectif est double. Premièrement, il y a la santé des citoyens. Deuxièmement, nous ne pouvons traiter sans discernement les personnes qui ont suivi une longue formation qui s'est déroulée pendant les années les plus productives de leur vie si, à la fin de cette formation, ils ne sont pas en mesure de pratiquer leur spécialité ou leur profession. Il s'agirait d'une perte lamentable de ressources car nous attirons les jeunes hommes et les jeunes femmes les plus brillants du pays dans notre profession.

L'Association médicale canadienne, comme le président l'a indiqué, s'est depuis longtemps intéressée à la question de la main-d'oeuvre médicale. Nous ne sommes pas les seuls dans ce domaine. Trois ou quatre études ont été effectuées au cours des 12 derniers mois dans différentes provinces au Canada sur le problème de la main-d'oeuvre médicale. Ce problème occupe donc une place importante dans le programme des gouvernements de toutes les provinces et de certaines en particulier.

Comme le président l'a indiqué, nous sommes particulièrement fiers de notre banque de données sur la main-d'oeuvre médicale. Déjà, je pensais qu'il suffisait de consulter les pages jaunes pour retrouver les noms des médecins, faire le bilan et obtenir des données précises. La situation est beaucoup plus complexe maintenant.

Notre base de données sur la main-d'oeuvre médicale a été mise sur pied aux frais de l'Association médicale canadienne et représente un répertoire qui décrit les médecins, leur lieu de travail, leur spécialité, leur groupe

[Texte]

that we have a functional inventory of the doctors of Canada. It is fairly complete. It is not 100%—the movement of doctors makes it almost impossible to have that—but it is very high, probably with 85%–90% of all the doctors in Canada.

We have just recently gone through a check of our figures by going to all the specialty groups—the College of Family Physicians of Canada, the Royal College of Physicians & Surgeons of Canada—and asking them to do a peer review. They have completed that, so our data bank is now even more accurate and more responsive. It is a priority of our association to maintain this data bank, and we will continue to do so.

As you are probably aware, the federal government, with the co-operation of provinces, is creating a data bank as well. At first hand, you would say that would be a duplication. It may well be, but their information sources will be different from ours—they will probably come from the provincial health care plan—and I think it would be complementary to our bank. I think it is important, and I would like you to use your influence to ensure that our terminology is the same—that when we are talking about things, we are talking about the same things.

This is so often a problem in statistics, talking about one thing and using different definitions. We have had good co-operation from the bureaucrats in Ottawa in this regard, and I hope we continue to have, because it is a very important thing if we want to give data on medical manpower in this country to you the parliamentarians, the public, and all those others interested in it.

We are addressing some of the problems that I am sure you will have identified. We are holding a conference in the very near future, bringing in men and women of high stature from government, from the civil service, and from private industry. This conference is at the end of August of this year.

With the Association of Canadian Medical Colleges, we are jointly holding an academic type of conference early next year. We are proposing to hold a meeting with all our colleagues in medicine from the various specialties, and we are also proposing to hold a meeting with all the stakeholders. The stakeholders... is immense—not only the public, not only you parliamentarians, but all the other occupational groups involved in health care, including ourselves and some of our specialty groups.

We are doing this to see if we can get a consensus to recommend to parliamentarians in our provinces and in our federal government as to what the medical profession of this country thinks at this moment in time.

[Traduction]

d'âge et d'autres facteurs très importants. Nous avons donc un répertoire utile de tous les médecins au Canada. Ce répertoire n'est pas exhaustif et ne recense pas tous les médecins car les déplacements de ces derniers rendent une telle tâche presque impossible; cependant, il recense probablement 85 à 90 p. 100 de tous les médecins au Canada.

Nous avons justement vérifié récemment nos données en consultant les différents groupes de spécialités au pays—le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada—et nous leur avons demandé d'effectuer un examen des pairs. Ils ont terminé cette étude, donc notre banque de données est maintenant plus précise et plus complète. Pour notre association, il s'agit d'une priorité que de maintenir cette banque de données et nous allons continuer à le faire.

Comme vous le savez probablement, le gouvernement fédéral, avec la collaboration des provinces, procède maintenant à la création d'une autre banque de données. À priori, on pourrait penser qu'il s'agit d'un dédoublement du travail. Leurs sources d'informations seront toutefois différentes des nôtres; elles proviendront probablement des régimes de santé provinciaux et je pense qu'il s'agira là d'une banque de données complémentaire à la nôtre. Je pense qu'elle est importante et j'aimerais faire appel à vos bons offices pour s'assurer que la terminologie employée de part et d'autre est la même lorsque nous parlons de certaines choses et que les définitions qui s'y appliquent sont bien les mêmes.

En statistiques, il s'agit souvent d'un problème, nous parlons de la même chose mais en employant des définitions différentes. Nous avons reçu une bonne collaboration des fonctionnaires à Ottawa à ce chapitre et nous espérons poursuivre cette collaboration car elle est très importante si nous voulons produire des données sur la main-d'œuvre médicale au pays pour les parlementaires, le public et tous les autres intervenants intéressés.

Nous étudions certains des problèmes que vous aurez sûrement identifiés. Nous tenons une conférence dans un avenir rapproché, afin de réunir des hommes et des femmes occupant des postes importants au gouvernement, dans la fonction publique et dans le secteur privé. Cette conférence aura lieu à la fin d'août cette année.

En collaboration avec l'Association des facultés de médecine du Canada, nous organiserons conjointement une conférence de type universitaire au début de l'an prochain. Nous nous proposons également de tenir une réunion avec tous nos collègues dans les différentes spécialités médicales et nous proposons également d'organiser une réunion avec tous les principaux intéressés, pas uniquement le public ni les parlementaires, mais tous les autres groupes qui participent à la prestation des soins de santé, y compris les médecins et d'autres groupes spécialisés.

Nous tenons cette rencontre afin de dégager un consensus pour formuler des recommandations aux parlementaires dans nos provinces et au gouvernement fédéral afin de bien faire savoir ce que la profession médicale pense de la situation au pays maintenant.

[Text]

That is probably our role in the Canadian Medical Association: to try to develop a consensus amongst our colleagues, so that we can come with a unified voice. It is to our personal advantage, but it is equally to the advantage of you people, who have to make these ultimate decisions.

I would like to speak for a moment of a couple of problems you will probably identify. One is specialty groups, and whether there are the right places for the specialties, and whether we have too many sub-specialties. This is an area in which—the old expression—the jury is out. Again, we are exploring this whole area.

We are concerned—and we have a right to be concerned, as a profession and as an organization—that certain areas of our country are probably not adequately looked after by medical physicians. That is also under study, and we have some recommendations.

I would like to recommend to you a booklet. It is “Canadian Physician Resources –Concepts and Strategies for a Rational Approach to Physician Resource Planning”. This document has been accepted in principle by the Canadian Medical Association. For any of you or your colleagues who have a great interest in the subject, I do recommend it. It identifies many problems, and some of the solutions.

• 0925

Regarding identification of the problem and some of the solutions, if you are looking for a solution and if you are looking for how many doctors we should have, you are not going to find it. This is a question we are not in a position to recommend, nor do I think anyone else is in a position—how many doctors, how many specialists, how many of this and how many of that? Hopefully, with time, we may come to a consensus in this area and an agreement, but this is a very difficult problem for the reasons I have indicated to you previously.

The federal government does have responsibilities in manpower. I would like to keep manpower on the agenda rather than the whole health care system. The Canada Health Act did put responsibilities on you. It was passed unanimously by this Parliament, and it did indicate that the public would have accessibility to health care. A very important part of that health care access is to have the physician resources to give it. You do have a responsibility in that area.

You have indicated your government is co-operating with the provinces on a data bank, which I have mentioned. I am always concerned when I make recommendations to a distinguished committee, but one of our problems of our country is defining the objectives of health care. This is a very important area. It is not simple. There is no quick fix, but it is something that is well worthy. How are the public best served? How are the governments best served and financial. . .? I think this is something very important.

[Translation]

Voilà probablement notre rôle au sein de l'Association médicale canadienne: c'est-à-dire d'essayer de dégager un consensus parmi nos collègues, de sorte que nous puissions présenter un point de vue commun. Il en va de notre intérêt personnel, mais il est également important pour vous qui devez prendre les décisions en bout de ligne.

J'aimerais maintenant parler de problèmes que vous allez probablement identifier. Le premier porte sur les groupes des spécialités et à savoir si nous avons un trop grand nombre de sous-spécialités. C'est un domaine où la question n'a pas encore été tranchée. Nous nous penchons d'ailleurs sur tout ce domaine.

Nous sommes inquiets, à juste titre, en tant que profession et qu'organisme, que certaines régions de notre pays ne sont probablement pas bien desservies par les médecins. Cela fait également objet d'une étude et nous avons certaines recommandations à vous formuler.

J'aimerais vous recommander un livret intitulé *Canadian Physician Resources –Concepts and Strategies for a Rational Approach to Physician Resource Planning*. Ce document a été approuvé en principe par l'Association médicale canadienne. Pour tous ceux de vos collègues qui s'intéressent grandement à cette question, je vous en recommande la lecture. On y présente les nombreux problèmes et certaines des solutions.

En ce qui concerne la définition du problème et des solutions possibles, si vous cherchez une réponse et si vous voulez savoir combien de médecins il faudrait avoir, ce document ne vous éclairera pas. Je ne crois pas que quiconque soit en mesure de dire, ni vous ni moi, combien de médecins ou combien de spécialistes il nous faudrait, par exemple. Il se peut, qu'avec le temps, la situation nous semble plus claire et que nous nous entendions sur une solution quelconque, mais le problème est extrêmement difficile pour les raisons que je viens de vous énumérer.

Le gouvernement fédéral a évidemment son mot à dire en ce qui touche les ressources humaines. Je préférerais, d'ailleurs, que nous parlions plus de ressources humaines que de l'ensemble de notre régime de soins de santé. La Loi canadienne sur la santé, adoptée unanimement par le Parlement, a dévolu au gouvernement la responsabilité de donner un accès égal à toute la population aux soins de santé. Or, si l'on veut avoir accès aux soins de santé, il faut avoir suffisamment de médecins pour les dispenser. Voilà où le gouvernement entre en jeu.

Vous avez affirmé que votre gouvernement collaborait avec les provinces pour mettre sur pied une banque de données, que j'ai mentionnée tout à l'heure. Il est toujours délicat de faire des recommandations à un comité aussi distingué que le vôtre, en particulier lorsque l'un des problèmes auquel nous faisons face, c'est justement de définir les objectifs des soins de santé, ce qui est extrêmement complexe, et tout aussi important. Il n'y a pas de solution magique, mais il vaut grandement la peine de les définir. Comment desservir le mieux possible la population? Et comment répondre aussi le mieux possible aux intérêts financiers du gouvernement? Il ne faut pas sous-estimer ce dernier aspect.

[Texte]

In conclusion, sir, I would like to say that medical manpower or physician resources is a complex area filled with all kinds of mine fields of politics and all kinds of areas of problems and troubles. It is a sensitive one, it is a delicate one. It is not ready for a quick fix. It would be nice if we could say we will have this number. It is not ready.

Sir, it is something that there must be a true partnership between parliamentarians and governments and the medical profession. A partnership also indicates we must have trust in each other and we must not be bashing each other around. The answer is a good partnership working relationship.

With those remarks, I would like to conclude. As the president indicated, I will return the microphone to him and thank you for your attention.

Dr. Fournier: Thank you, Dr. Vail. This is the end of our presentations. We will go, Mr. Chairman, to a period of questions and answers, if you feel like it.

The Chairman: Thank you very much. We do appreciate the presentation you have provided us with. I think you have touched on some of the problems we are facing. Some of the testimony we have heard in the past, as recently as last week, has dealt with problems faced in different areas of the country. I look around this committee and I guess it represents, if not every region, almost every province of Canada today. Our problems as individual members certainly differ.

It does the same in your profession. We have, as a witness the other day said, the problem in parts of the country where there is an abundance of medical practitioners. In other areas we are desperately short of the people who are needed. We are trying to look at the various situations that occur throughout Canada and hope that we as a committee and with your help can bring forward some recommendations for problems that we can see.

Obviously Canadians take a great deal of pride in the medical facilities and the care we do have. Canada is a model and it has been brought to our attention that other countries come to Canada to look at the facilities and the way handle our health care systems. I think we have much to be proud of, but that does not alleviate any of us from the fact that we do have to do our utmost to improve the situation we have here.

I do thank you. With the time we have, I would like to move to the members who will be questioning you. Given the fact that we do have another group of witnesses, I would ask members to try to respect the timeframe as closely as we can.

• 0930

Mrs. Clancy (Halifax): I have a number of questions, but I will be constrained by the time.

I would like to welcome you, doctors, to the committee.

On the question of physician resources, I come from Halifax, which as you know has the best medical school in the world. Having gone to the same university, I understand this. However, I am wondering if you could tell us the cost of educating a medical student on a yearly basis. Do you have a ballpark figure?

[Traduction]

Pour conclure, je voudrais réitérer que le problème des ressources humaines en médecine est fort complexe et qu'il est truffé d'écueils politiques et autres. Nous touchons un domaine fort délicat pour lequel il n'y a pas de solution miracle. Ce serait merveilleux de pouvoir vous dire il nous faut tant de médecins, mais c'est un chiffre impossible à définir.

Il serait idéal qu'il existe un véritable partenariat entre, d'une part, les parlementaires et le gouvernement et, d'autre part, le corps médical. Mais le partenariat implique la confiance mutuelle et l'absence d'affrontements. La réponse, ce sont de bonnes relations de travail mutuelles.

Voilà tout ce que j'avais à dire. Je céderai maintenant à nouveau la parole à notre président, et je vous remercie de m'avoir écouté avec attention.

Dr Fournier: Merci, docteur Vail. Voilà qui termine notre exposé. Monsieur le président, nous sommes disposés à répondre à vos questions, si vous en avez.

Le président: Merci beaucoup de vos exposés respectifs. Vous avez réussi à mettre le doigt sur certains des problèmes les plus cruciaux. Les témoignages que nous avons entendus jusqu'à la semaine dernière nous ont exposé les divers problèmes auxquels se heurtaient les différentes régions de notre pays. Comme les membres de notre comité représentent aujourd'hui presque toutes les régions du Canada, les problèmes auxquels nous faisons tous individuellement face varient sans doute d'une circonscription à l'autre.

Je sais que c'est la même chose dans votre profession à vous aussi. Comme nous l'a expliqué un témoin l'autre jour, dans certaines régions du pays, le corps médical est très présent, alors qu'ailleurs, on est désespérément à court de médecins. Notre comité se doit de regarder ce qui se passe dans l'ensemble du pays et, avec votre aide, pourra peut-être émettre certaines recommandations pour tenter de résoudre vos problèmes.

Il est évident que les Canadiens peuvent être très fiers de leur régime de soins de santé et des établissements dans lesquels on dispense ces soins. Le Canada est un modèle et on nous a fait remarquer qu'à l'étranger, on se tournait vers nous pour étudier notre régime de soins de santé de même que les établissements dans lesquels ces soins sont dispensés. Nous pouvons nous en enorgueillir, mais cela n'empêche pas qu'il nous faut néanmoins faire tout notre possible pour améliorer la situation actuelle.

Merci de vos observations. Avec le temps qu'il nous reste, je voudrais passer maintenant aux questions des membres du comité. Puisque nous avons d'autres témoins à entendre, je demanderai aux membres du comité de respecter dans la mesure du possible le temps qui leur sera imparti.

Mme Clancy (Halifax): Je sais que le temps ne me permettra pas de vous poser toutes les questions que je voudrais.

Messieurs, bienvenus au comité.

Commençons par les ressources humaines: Je suis moi-même originaire de Halifax, où se trouve, comme vous le savez, la meilleure faculté de médecine du monde. Je le sais d'expérience, pour avoir fréquenté la même université. Pourriez-vous nous dire combien coûte, en gros, la formation annuelle d'un étudiant en médecine?

[Text]

Dr. Fournier: That is a pretty good question.

Dr. Vail: It is an excellent question and perhaps Dr. Landry can answer it.

Mrs. Clancy: I know it is not cheap.

Dr. Leo Paul Landry (Secretary General, Canadian Medical Association): Not only is it not cheap, but that is very difficult to answer, Mr. Chairman. If you looked at the direct cost as opposed to the set-up cost, the research cost and everything that goes into it, I just cannot answer. Determining the cost of training a student is not a question of taking the annual budget and dividing it by the number of students, as we do for patient days in a hospital, which it is a bottom-line thing. It is much more than that. It is all of the research and all of the training that goes into it. I just could not give you a good answer.

Mrs. Clancy: What I was leading into, again on the physician resources, is the the situation we are in now with cutbacks to universities. I know, having served on the board of Dalhousie University and several others, that this is a very great problem and I am presuming it is one that also is facing medical schools on a national basis.

Dr. Vail: Yes, you are correct, madam.

Mrs. Clancy: In looking over your report, I noticed you had a reference to encouraging physicians to practise in under-served areas. In the Atlantic region, this is a big problem. Halifax and some of the other centres are fairly well served, most particularly, Halifax has the regional health centre. But there are many parts of the Atlantic provinces where you can travel a very long distance before you will find a family practitioner or any kind of medical facility. I am wondering if you could elaborate a bit and tell us what you see as encouragements to convince a family practitioner, for example, who has just qualified, to go to Necum Teuch rather than downtown Montreal.

Dr. Peter K. Fraser (Member, CMA Special Committee on Professional Liability in Medicine, Canadian Medical Association): It is very difficult to get physicians who have been trained in cities and who are city oriented to go to the country. It is even more difficult to get their families there. Physicians are social beings and by the nature of their practice they have to interact with other physicians. It is very difficult for people who have been used to having a lot of back-up or resources to all of a sudden find themselves in a small place on the north shore of New Brunswick or Cape Breton. They do not have anybody to enable them to sign out, so they cannot go away for lectures. They are always on call. It is very, very difficult. It is even more difficult to get their families, who may be city oriented or used to city amenities, to go. It is a real problem.

[Translation]

Dr Fournier: C'est une bonne question.

Dr Vail: C'est une excellente question, et je pense que le docteur Landry pourrait vous répondre.

Mme Clancy: Je sais que cela coûte cher.

Dr Léo Paul Landry (secrétaire général, Association médicale canadienne): Cela coûte effectivement très cher, mais je serais bien incapable de répondre, monsieur le président. Si vous demandez quels sont les coûts directs, par opposition à tous les autres coûts afférents, comme les coûts d'organisation ou de recherche, notamment, j'aurais du mal à répondre. Pour déterminer combien il nous en coûte de former un étudiant, il ne suffit pas de prendre le budget annuel et de le diviser par le nombre d'étudiants, comme nous le ferions pour le nombre de jours—patients dans un hôpital, ce qui est assez simple. C'est beaucoup plus complexe. Il faut tenir compte des coûts que représentent la recherche et la formation, par exemple. Je serais bien incapable de vous répondre.

Mme Clancy: Mais puisque je vous parle de ressources humaines, je voudrais en arriver aux compressions budgétaires des universités. Pour avoir siégé au conseil d'administration de l'Université Dalhousie et à divers autres conseils d'administration, je sais que cela représente un grave problème, et j'imagine qu'il se pose aussi à toutes nos facultés de médecine, où qu'elles soient au pays.

Dr Vail: Oui, vous avez raison.

Mme Clancy: Dans votre rapport, vous parlez d'encourager les médecins à pratiquer dans des régions mal desservies. Dans la région de l'Atlantique, cela pose effectivement un grand problème. Halifax et certains autres centres urbains sont assez bien desservis, et particulièrement Halifax, puisqu'il s'y trouve le centre de santé régional. Mais dans bien d'autres régions des provinces atlantiques, il faut longuement voyager avant de trouver un médecin de famille ou même une clinique médicale quelconque. Pourriez-vous nous dire comment vous pouvez encourager des médecins de famille, par exemple, qui sont frais émoulus de la faculté de médecine, d'aller pratiquer à Necum Teuch plutôt que dans le centre-ville de Montréal?

Dr Peter K. Fraser (membre du Comité spécial sur la responsabilité civile professionnelle en médecine, Association médicale canadienne): Il est extrêmement difficile de convaincre des médecins qui ont été formés en ville et qui sont très urbains d'aller s'installer à la campagne, et ce l'est encore plus pour leur famille. Les médecins sont des êtres sociaux, et de par la nature même de leur métier, ils doivent avoir des contacts avec d'autres médecins. Ceux qui sont habitués à avoir beaucoup de soutien et de ressources ont bien du mal à se sentir à l'aise lorsque, tout d'un coup, ils se retrouvent isolés dans un bled de la côte nord du Nouveau-Brunswick ou du Cap Breton. Personne ne peut les remplacer si cela leur tente d'aller assister à une conférence. Ils doivent toujours être disponibles, ce qui est extrêmement lourd pour eux. La tâche est encore plus ardue lorsqu'il s'agit de convaincre leurs familles qui sont parfois très urbaines et habituées aux commodités de la ville.

[Texte]

I am on the faculty at Dalhousie. I teach family practice, and the family practice people and Dean Murray are trying to get the medical students out into the smaller areas so they can realize that good medicine can be practised in the communities. An increasingly larger number of the students now are opting for these as electives, as opposed to having them mandatory. All the students now mandatorily have to go out into the community for a family practice selective. I think once the students see that good medicine can be practised, perhaps they would entertain the idea of going to one of these communities where they could practise.

That is even difficult if their family is not from that area. There have been some studies across the country that suggest perhaps a way to go about this would be to try to encourage students from rural backgrounds to go into medical school, because then they would be much more likely to go back to where their roots are. If their family is there, they would be much more likely to stay.

We could entice somebody to go to one of these areas for a year or two, but once they build up a practice and get some experience they very often will move on to another area of practice.

Mrs. Clancy: I cannot speak for the rest of the country, but I think, Dr. Fraser, in our part of the country we know that has already been the case. We have lots of students who come from small areas and you probably could not get them back at gun point after that.

• 0935

I am certainly not advocating it, but if government decided to get more regulatory rather than less regulatory with positions and started stepping into the idea that you will not be permitted to be part of the medicare system unless you go to such and such a community. . .do you think this is a possibility in the future? I do not think any of us want to see anything quite that, shall we say, Big-Brotherish, but I am presuming your profession is concerned about that, that if you do not solve this problem on your own there is a possibility of government intervention.

Dr. Fraser: My understanding is that it has been tried in a few jurisdictions and has not worked very well. For instance, just recently the New Brunswick government introduced some rather drastic measures to try to alter the physician manpower numbers within the province. I do not believe that is the way to go about doing it. You have to have bottom-up planning, with consultation with all the people involved—physicians, medical schools, communities, hospitals—and work from the bottom up through the pyramid. That is the way to do it. I do not think imposing something like that is going to work.

[Traduction]

Je fais partie de la faculté de l'Université Dalhousie, et j'enseigne la médecine familiale. Mes collègues ainsi que le doyen, monsieur Murray, essayent de convaincre les étudiants en médecine d'aller s'installer dans les régions éloignées pour qu'ils se rendent compte qu'il est possible de bien pratiquer la médecine aussi dans ces localités. De plus en plus d'étudiants choisissent cette façon de pratiquer qui leur est offerte de façon facultative et non pas obligatoire. Pour l'instant, tous nos étudiants sont obligés d'aller pratiquer la médecine familiale de façon communautaire, à un moment donné de leur cours. Une fois que les étudiants se rendent compte qu'il est possible de bien pratiquer la médecine même en région, ils peuvent être intéressés par l'idée de s'y établir pour pratiquer.

Le problème est accru lorsque les étudiants vont dans des régions d'où ils ne sont pas originaires. D'après des études effectuées un peu partout au pays, on se rend compte qu'il devrait être possible d'encourager des étudiants en médecine originaires de régions rurales de retourner pratiquer dans leur région, là où ils ont des racines. On a beaucoup plus de chance de réussir, si les étudiants retrouvent leur famille.

La difficulté, c'est que même si l'on réussit à encourager les jeunes médecins à aller s'établir en région pendant un an ou deux, une fois qu'ils ont une certaine clientèle et qu'ils ont acquis de l'expérience, il leur arrive souvent de déménager et d'aller pratiquer ailleurs.

Mme Clancy: Je ne sais pas ce qui se passe ailleurs au pays, mais nous savons en effet, docteur, que c'est bien ce qui se passe dans notre région à nous. Même si beaucoup de nos étudiants viennent de régions rurales, on ne parviendrait jamais sans doute pour tout l'or du monde à les convaincre d'y retourner.

Si le gouvernement décidait—et comprenez moi bien, ce n'est certainement pas ce que je prône personnellement—d'accroître sa réglementation dans ce domaine et d'exiger des jeunes médecins qu'ils aillent s'installer en régions pendant quelque temps, faute de quoi ils n'auraient pas le droit de s'inscrire à l'assurance-santé, pensez-vous que cela serait une solution valable? Personne ne prône évidemment l'État-dictateur, mais si c'est véritablement un problème qui inquiète votre profession, ne souhaiteriez-vous pas que le gouvernement intervienne si vous ne trouvez pas de solution par vous-mêmes?

Dr Fraser: Je pense qu'on a déjà essayé cette solution dans certaines provinces, mais que cela n'a pas donné de bons résultats. Tout récemment, par exemple, le Nouveau-Brunswick a introduit certaines mesures assez draconiennes destinées à modifier la répartition des médecins dans la province. Je ne crois pas que ce soit la solution. Il faut que la planification se fasse de bas en haut, avec consultations auprès de tous les intéressés—c'est-à-dire les médecins, les facultés de médecine, les localités, les hôpitaux—pour que le plan d'action suive la pyramide. C'est la seule façon de faire. Ce n'est pas en imposant une solution comme la vôtre que l'on réussira.

[Text]

Dr. Landry: We are dealing here with an equation, and it should be understood that if A plus B plus C plus D is equal to E, you cannot maximize all variables at the same time and come up with the same answer. If you want to maximize one, yes, you can fool around with the others. But if you want a constant at the end, you cannot maximize all the same things.

If you are looking for good quality of care, it is one thing. If you are looking for controlled costs, it is another thing. But sometimes you cannot do both things at the same time.

Mrs. Clancy: That I understand very well. I am on the opposition.

Dr. Landry: Coming back to your first question, which Dr. Fraser replied to, I would just like to add that the literature supports Dr. Fraser's answer. Maybe he forgot to allude to that, but the literature certainly supports it. There are basically three types of variables, personal, social, and professional, which he has addressed.

Mrs. Clancy: Absolutely. I am not disagreeing at all. I see that problem very well.

I noted also in your report a reference to encouraging students from northern Ontario, which I presume is in that same... and having what I will call an "affirmative action program" for northern Ontario students at McMaster. Are other medical schools doing the same thing? Again, I do not think it would quite relate to the Maritimes so much, because we do get students from all over, but is this program being considered in other regions of Canada?

Dr. Fournier: I might just comment on it for Quebec. I think Quebec started that a few years back, trying to keep the physicians in remote areas, mainly in Rimouski and down in the Gaspé Peninsula.

Dr. Vail: I would not want to say every university in Canada, but I would say the majority of programs of one degree or another are trying to address the problem, because it is so well recognized as a problem, and trying various models of addressing it. I think that is true of most universities.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Thank you for your presentation. We have met before and heard your views and shared views on this and other matters affecting the health community.

We have talked around an area that is really quite a serious one for a province like mine, Saskatchewan. I would not have any concrete evidence, but I hear on a pretty regular basis of cases of the matter getting worse rather than better, small towns losing doctors, or rather losing them and finding it impossible to replace them. So we are not solving the problem, and you highlighted approaches that have been taken but that also have not solved the problem.

Clearly financial incentives alone have not worked. As you say, people have gone out to a remoter area and then after a short time come back in. We have seen interesting examples of ways to try to keep rural doctors in touch with a

[Translation]

Dr Landry: Nous avons ici une équation, et si A plus B plus C plus D égale E, il est impossible de maximiser toutes les variables en même temps si l'on veut toujours garder la même réponse. On peut bien maximiser l'une des variables à la fois, mais il faudra alors jouer avec les autres, dans la mesure évidemment où vous voulez que l'autre terme de l'équation reste constant.

Si vous décidez de maximiser la qualité des soins, c'est très bien; et si vous décidez de contrôler les coûts, c'est très bien aussi. Mais vous ne pouvez pas décider de maximiser ces deux variables en même temps.

Mme Clancy: Je comprends très bien, car je suis dans l'opposition.

Dr Landry: Pour revenir à votre première question à laquelle a répondu le docteur Fraser, j'aimerais ajouter que toute la littérature médicale vient étayer ce que vous a dit le docteur Fraser. Il a peut-être omis de le mentionner, mais c'est ce que dit la littérature. Il existe au fond trois types de variables dont il a parlé: ce sont les variables d'ordre personnel, d'ordre social et d'ordre professionnel.

Mme Clancy: J'en conviens tout à fait. Je comprends très bien le problème.

Dans votre rapport, vous parlez également du nord de l'Ontario, où la situation est sans doute la même que chez-moi, et vous parlez d'un programme d'action positive destiné à encourager les étudiants du nord de l'Ontario inscrits à l'Université McMaster. Y a-t-il d'autres facultés de médecine qui font la même chose? Ce programme ne s'applique peut-être pas aux Maritimes, puisque nous avons des étudiants qui viennent d'un peu partout, mais est-ce qu'on envisage d'appliquer ce programme à d'autres régions du Canada?

Dr Fournier: Laissez-moi vous parler du Québec. Au Québec, il y a de cela quelques années, on a essayé d'encourager les médecins installés dans les régions éloignées à y rester, en particulier à Rimouski et dans la Gaspésie.

Dr Vail: Je ne voudrais pas généraliser à toutes les universités canadiennes, mais je pense que la majorité des programmes de médecine universitaires à un niveau ou à un autre, tentent de résoudre le problème, étant donné qu'il est si bien identifié, et proposent divers modèles de solution.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Merci de votre exposé. J'ai déjà eu le plaisir de vous rencontrer et de partager avec vous mon opinion sur cette question et sur tout ce qui touche aussi le domaine de la santé.

Le problème dont nous parlons est très grave dans ma province, la Saskatchewan. Je n'ai pas de chiffre ni de cas précis à vous fournir, mais j'entends régulièrement dire que les choses s'enveniment plutôt qu'elles ne s'améliorent et que de petites villes perdent régulièrement leurs médecins sans être en mesure de les remplacer. Nous n'arrivons pas à résoudre le problème, malgré certaines méthodes qui ont été préconisées mais qui n'ont pas donné de bons résultats.

Il est évident que même si on a offert des primes d'éloignement, cela n'a pas réussi. Comme vous l'avez dit, après quelque temps dans les régions éloignées, les médecins sont dépêchés à revenir en ville. On a même essayé, ce qui

[Texte]

teaching hospital base such as what has been going on at Memorial, for example, with all sorts of video and TV communication between doctors in remote areas. But none have really worked very well.

• 0940

I should not blame you for stating the problem and not having the answer, because we do not have the answer either. Could you not pursue this matter a little further by concentrating on what you think the role and responsibility of the federal government might be in directing answers to this particular problem of under-serviced areas? In that context I suppose you could also discuss the role and responsibility of the federal government in finding answers to problems with our health care system.

Dr. Vail: Mr. Chairman, there may not be a long-term answer to this problem. Those of you who are familiar with small areas know that they do have a very migrant population. If you are expecting physicians or other occupations or professions to stay in these areas for long terms you may be disappointed. It has been my experience that sometimes people will leave when their families grow to a certain age—for multiple reasons. If you are looking for a permanent answer to the problem, I think you may have difficulty. To attract doctors for a period of time I think is appropriate.

You mentioned the federal government. With the federal government it is always bucks. They can stimulate considerations and projects of this nature. They can help organizations that are attempting to study and research these areas. They can directly stimulate financial. . . I am not too sure of provincial-federal relations with regard to this type of thing. I think this is a role that the federal government can play in stimulating and encouraging studies and activities in this area and setting up pilot projects. I may be wrong in some of my aspects but I think this could be a role for the federal government to play.

Dr. O'Hashi (Chairman, Canadian Medical Association Committee on Health Disciplines): I think it is important to look at all types of arrangements. Certainly this is an area that could be researched better. I think there is a place here for looking at different models and planning research projects. We have always thought about having a physician in a particular area but I think we are recognizing that the solo practitioner is a thing of the past.

We concentrate on the idea of having a physician in a locality. Have we ever thought of bringing in physicians and rotating them, having a nucleus of physicians to service a particular area? Consultants could be brought in from time to time so that these people are not practising in isolation. Something like that could use federal funds to research it and see whether it would work and whether it would then make the situation more satisfactory for everybody concerned.

Dr. Landry: I want to pick up on your opening statement that none of these measures have solved the problem.

[Traduction]

était intéressant, de garder les médecins ruraux en communication avec un hôpital d'enseignement, comme on l'a fait à l'Université Memorial, en leur envoyant toutes sortes de bandes vidéo et en communiquant par télévision avec eux, mais cela n'a pas eu beaucoup de succès.

Je ne vous blâme pas de ne pas avoir de réponse, car nous n'en avons pas non plus à vous offrir. Essayons de gratter un peu la surface: quel rôle pourrait jouer le gouvernement fédéral pour tenter de résoudre le problème que posent les régions en manque de services? On pourrait même élargir le débat et discuter de la responsabilité qu'a le gouvernement fédéral de trouver des solutions aux problèmes qui se posent dans l'ensemble de notre régime de soins de santé.

Dr Vail: Monsieur le président, peut-être n'y a-t-il pas de solution à long terme au problème. Ceux d'entre vous qui connaissent les régions rurales savent que la population y est en majorité migrante. Vous serez déçus si vous vous attendez à ce que les médecins ou autres spécialistes s'éternisent dans ces régions. D'après mon expérience, une fois que leurs familles ont grandi, ces gens-là s'en vont. Il n'y a pas de solution permanente au problème. Il s'agit plutôt d'essayer de retenir les médecins pendant un certain temps seulement.

Vous avez parlé du gouvernement fédéral. Puisque c'est lui qui contrôle les cordons de la bourse, il est en mesure d'orienter la réflexion et d'encourager les organismes à faire des projets ou des recherches dans ce domaine. Il peut attaquer directement le côté financier, bien que je ne sois pas sûr quel est le rôle qu'il peut jouer dans le cadre des relations fédérales-provinciales. Mais je suis convaincu que le gouvernement fédéral peut encourager les intéressés à faire des études dans ce domaine et à mettre sur pied des projets-pilotes. Je ne comprends peut-être pas tous les aspects de la situation, mais j'ai l'impression que le gouvernement fédéral pourrait agir.

Dr O'Hashi (président, Comité des disciplines paramédicales de l'Association médicale canadienne): Il ne faut négliger aucun type d'arrangements. Bien sûr, cette question pourrait évidemment faire l'objet de recherches supplémentaires. Il est toujours possible d'étudier divers modèles et d'envisager divers projets de recherche. Même si on a toujours privilégié le médecin rattaché à une localité, il faut reconnaître que le médecin qui pratique en isolement est chose du passé.

Nous avons toujours cru qu'il fallait qu'un médecin soit rattaché à une localité. Avons-nous déjà songé à la possibilité de faire venir des médecins en rotation, ce qui permettrait de faire desservir par un noyau de médecins une région? Pour éviter que ces médecins ne s'isolent, il suffirait de faire venir de temps à autre des experts-conseils. Le gouvernement fédéral pourrait délier les cordons de sa bourse pour faire effectuer de la recherche qui pourrait peut-être conclure que ce serait la meilleure solution pour chacun.

Dr Landry: Vous avez affirmé au début qu'aucune de ces mesures n'avait résolu le problème.

[Text]

Mr. Chairman, your colleague is absolutely right. There are three types of variables—personal, social and professional. The extent to which these variables are recognized you cannot have one simple answer to that kind of a problem. It is a package approach and it is not the same package from one region to another.

Mr. Axworthy: I understand that. You can see some of the tensions that sometimes make matters worse. You hear about the closing of rural hospitals, for example. From the answers you have given I suspect it is less attractive for a doctor to live in a rural area if there is no hospital there and he or she has to find other ways of responding to concerns, and they are not the same group of people working in one particular area.

Dr. O'Hashi made an interesting point that we might pursue, and that is the question of doctors travelling rather than being in one place. That suggestion has been made in a number of reports about northern and remote areas. If you do not want to live in a rural area and you only have to be there one day a week I suppose it is not quite as bad as having to be there the whole week.

We have done very little of that. We still see reports about the medical system encouraging bringing patients to doctors rather than taking doctors to patients, which I understand. It is not the most efficient way, let alone the most effective in terms of health care. We hear stories of people having to travel a long distances for psychiatric care, which strikes me as unacceptable.

● 0945

Do you have any idea of how we might encourage that system to work? If we have answers and if there are some solutions, how do we get them to work?

Dr. Fournier: There are solutions. I know what the situation is in Quebec, and in some special phase sometimes up to 20% of the specialists travel year-round in those remote areas. We have been working for about seven or eight years so far, so it is an experience, but retention of those specialists or other practitioners is very low. If they travel, they do not establish themselves in those remote areas.

Dr. Vail: Quebec probably has more experience in this area than any other province. Continuity of medical attention cannot be criticized, because that is the ideal situation. But some type of visiting program is certainly in order. There are some in Ontario and in two other also provinces, I think. It is fair to say that the system is second-best, but it is certainly not the end of the road.

Dr. Landry: If your question consists of the choice between one system, which involves people striving to get other people to locate there and to stay there, versus the other system, it is clearly the first system and the population will tell you that. We have all sorts of other reasons for supporting that system because, in the end, it makes for a better quality of care; the cultural dimension being one of the reasons.

Mr. Axworthy: I have one brief question that was raised in one of the answers. What about experimentation with other modes of health care delivery systems?

[Translation]

Monsieur le président, votre collègue a tout à fait raison. Je répète qu'il faut tenir compte de trois types de variables d'ordre personnel, social et professionnel. Si l'on comprend bien que chacune de ces variables a un rôle à jouer, on comprend aussi que la réponse à ce genre de problème ne pourra jamais avoir une seule facette. Il faut trouver un ensemble de solutions, mais cet ensemble peut varier d'une région à l'autre.

M. Axworthy: Je comprends. Certains événements rendent aussi parfois la situation encore pire. Prenez le cas, par exemple, de la fermeture d'hôpitaux ruraux. D'après vos réponses, je soupçonne qu'il est moins intéressant pour un médecin de pratiquer dans une région rurale s'il n'y a pas d'hôpital, s'il n'a pas tous les outils en main pour bien réagir et s'il ne fait pas partie d'un groupe qui pratique au même endroit.

Le docteur O'Hashi a proposé une solution intéressante, celle de faire voyager les médecins plutôt que de les rattacher à une localité. C'est une suggestion qui n'est d'ailleurs pas nouvelle, lorsque l'on parle de desservir les régions septentrionales et éloignées. J'imagine que si vous ne voulez pas vivre en région et que vous ne soyez obligé d'aller y pratiquer qu'un jour par semaine, la difficulté est amoindrie.

C'est le genre de solution que l'on propose très rarement. On continue à voir des rapports qui encouragent les patients à se rendre là où il y a des médecins plutôt que l'inverse. Or, obliger les patients à se déplacer pour trouver les médecins, ce n'est pas nécessairement la façon la plus efficace ni la plus rentable de dispenser des soins de santé. Il est tout à fait inadmissible d'obliger des gens qui ont besoin de soins psychiatriques à parcourir de longues distances.

Avez-vous une idée pour faciliter le fonctionnement du système? Si nous avons des réponses et si on nous donne quelques solutions, comment les mettre en pratique?

Dr Fournier: Il y a des solutions. Je connais la situation du Québec, et à certains moments il y a parfois jusqu'à 20 p. 100 des spécialistes qui voyagent toute l'année dans ces régions éloignées. Voilà six ou huit ans que cela se fait, nous avons donc une certaine expérience, mais il est très rare que ces spécialistes ou d'autres médecins s'y installent. S'ils circulent, ils ne s'établissent pas dans ces régions éloignées.

Dr Vail: Le Québec a sans doute plus d'expérience dans ce domaine que toute autre province. On ne peut certainement pas critiquer une certaine permanence de la surveillance médicale, car c'est la situation idéale. Mais il faudrait certainement prévoir un programme de visites. Cela se fait en Ontario et dans deux autres provinces aussi, je crois. Il est juste de dire que le système constitue un deuxième choix, mais ce n'est certainement pas le pire.

Dr Landry: S'il s'agit de choisir entre deux systèmes, dont l'un cherche à faire rester certaines personnes dans ces endroits, il est clair que ce dernier va l'emporter aux yeux des intéressés. Nous avons de nombreuses autres raisons qui plaident pour ce système, car, en définitive, il permet d'assurer une meilleure qualité de soins, l'aspect culturel étant l'une de ces raisons.

M. Axworthy: J'ai une brève question qui a été soulevée par l'une des réponses. Que dire des expériences faites avec d'autres types de système médical?

[Texte]

In my province, for example, community clinics have existed at different times and one still exists in a rural area. What about something of that sort or systems that exist in other countries? Australia has not quite the same system, but Australians have made major efforts to ensure that doctors service areas, it seems to me.

Dr. Vail: With all due respect, we have opened another chapter in the book and perhaps many chapters, but let us put it very simply.

The medical profession has always been interested in having other modes of practice of various kinds. The only thing is that we ask that they be analysed honestly and fairly for effectiveness, cost, and quality of care, before replacing something else with them.

So many systems are available and are filled with all kinds of acronyms, such as HSOs and PSOs, all over the world and it is a very difficult question. The literature is filled with them. But all these systems are worthy of study and of pilot projects. I think my colleagues in the profession would support that concept.

The Chairman: As I move to the other side, I see that we have a nurse and three doctors here. Perhaps the reason they are here may have contributed somewhat to the lack of health care in Canada; I do not know. However, the first question is from the west coast and the province of British Columbia.

Mr. Wilbee (Delta): Welcome, gentlemen. It is good to see you all again.

My first question is on the points of entry into the system. We have been hearing witnesses who feel that the medical profession controls access to the health care system. We have had many requests for such people as nurse practitioners and midwives to be included in the health care system and to perhaps be made entry points into that system. That is one point on which I would like to hear your comments.

My second question relates to the number of physicians leaving the country, and is instigated by a report I saw in which it was stated that half the graduates of the University of Manitoba leave the province. Are they leaving the country? Is this a general trend across the country? Are we losing our top-notch cardiologists, etc., to the U.S. because of lack of facilities or other problems?

The last question relates to the topic Chris was talking about; namely, community health clinics, which are often presented to this committee as a panacea for health care. You have social workers, psychologists, medical doctors, and nurse practitioners in such a clinic, who will promote wellness and stop the need for expensive hospital care, etc. You have already touched on this. Perhaps some of the other members would like to enlarge on it. Thank you.

• 0950

Dr. Vail: Yes. I may not take them in order, Mr. Chairman, but let us talk about the number of doctors leaving and entering. My figures could be wrong, but I think there are about 300 or 400 doctors per year that leave our

[Traduction]

Dans ma province, par exemple, les cliniques communautaires ont existé à différentes époques, et il y en a toujours une dans une région rurale. Que diriez-vous de quelque chose de ce genre ou des systèmes qui existent dans d'autres pays? L'Australie n'a pas tout à fait le même système, mais les Australiens ont fait de très gros efforts pour que les régions soient desservies par les médecins, me semble-t-il.

Dr Vail: Si vous me permettez, je dirais que nous venons d'aborder un autre chapitre ou peut-être plusieurs autres chapitres, mais on peut y répondre de façon très simple.

La profession médicale s'est toujours intéressée à diverses autres manières de pratiquer la médecine. Tout ce que nous demandons, c'est d'étudier honnêtement et équitablement leur efficacité, leur coût et la qualité des soins avant de les choisir pour remplacer un autre système.

Il existe tellement de systèmes et il y a tellement d'acronymes différents, comme par exemple, HSO et PSO, dans le monde entier, et c'est une question très difficile. Les documents en sont pleins. Mais tous ces systèmes sont dignes d'étude et de projets-pilotes. Je crois que mes collègues seraient d'accord avec cette idée.

Le président: Je constate que nous avons une infirmière et trois médecins. Peut-être est-ce en partie pour cela qu'il y a une insuffisance de services médicaux au Canada; je ne sais pas. Cependant, la première question vient de la côte ouest, de la province de Colombie-Britannique.

M. Wilbee (Delta): Bonjour messieurs. Je suis heureux de vous retrouver.

Ma première question porte sur les points d'accès au système médical. Selon certains témoins, c'est la profession médicale qui contrôle l'accès. On nous a demandé à plusieurs reprises de permettre aux infirmières et aux sages femmes de faire partie du système médical et de devenir des points d'accès à ce système. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Ma deuxième question porte sur le nombre de médecins qui quittent notre pays et est suscitée par un rapport que j'ai vu et dans lequel on indiquait que la moitié des diplômés de l'université du Manitoba quittent la province. Quittent-ils le pays? Est-ce une tendance générale dans le pays tout entier? Perdons-nous nos meilleurs cardiologues, etc. au profit des États-Unis parce qu'on n'a pas les installations voulues ou pour d'autres raisons?

Ma dernière question porte sur le sujet abordé par Chris, à savoir les cliniques communautaires de santé qui sont souvent présentées au comité comme la panacée en matière médicale. Il y a dans ces cliniques des travailleurs sociaux, des psychologues, des médecins et des infirmières, qui encouragent les gens à bien se porter et vont rendre moins nécessaires les soins hospitaliers coûteux, etc. Nous avons déjà abordé ces questions, mais peut-être d'autres délégués voudront-ils les approfondir.

Dr Vail: Oui. Je ne vais peut-être pas les prendre dans l'ordre, monsieur le président, mais parlons tout d'abord du nombre des médecins qui quittent le pays et qui y viennent. Mes chiffres ne sont peut-être pas bons, mais je crois

[Text]

country. I would think the majority of them go south of the border. But we also receive from south of the border a somewhat similar number, so this is a migration back and forth for various reasons, as you are all probably familiar with. Some are social reasons, but both countries would also like to attract certain people to add to the knowledge in their countries.

A few years ago, of course, this was a problem. But at this moment in time it is my perception that this is not a problem in the total manpower. You can argue whether we are losing the best of what, but I think that becomes a rather fine argument.

Where should the patient enter the system? That is how I interpret your question. There are many models in this, as you know, and this is a very complex problem. I think it is fair to say that the medical profession, again collectively, is not anti any particular situation and there are many areas in which they enter the system primarily other than through the physicians. One of your colleagues, sir, is an example in his profession of optometry. It is a well recognized profession and such is the case. There are other areas which I think one should examine carefully. Nurse practitioners have been a very attractive attitude and then again there has been some criticism of them and it is a very difficult problem. I am not trying to avoid your question, sir, but there are complexities.

I think we must use some basic principles. Are we doing this for economy? Are we doing this to give patients an alternative method of care? Are we doing it to increase the quality of our health care? I think we must address those objectives and questions and then place it in those particular frameworks. If we cannot address those questions in a proper fashion, then I think we should be critical. But I would use that somewhat as a test.

Community health clinics, we touched on this, and I would like to defer this to one of my colleagues, either from Saskatchewan or New Brunswick, who probably has more experience with community health clinics than I have.

Dr. O'Hashi: On the question of community health clinics, the only study I am aware of that has been done in this area is the one that looked at the Prince Albert and Saskatoon Community Health Clinics in relation to the general population. The figures that were shown at the time indicated that while the cost of treating patients within the clinic itself was higher than the average population of physicians doing similar work, they had fewer hospitalizations of their patients. So the claim was then made that it cost the system less. I have not looked at it in detail to see whether or not that was in fact true and what numbers were involved, but that was the general conclusion that came from that. That is one system and, as we say, we would like to look at all systems to see exactly what is the outcome, not only in dollars but in the quality of care and what were the objective outcomes in a situation like that.

[Translation]

qu'environ 300 à 400 médecins quittent notre pays chaque année. J'ai tendance à croire que la majorité d'entre eux s'en vont chez notre voisin du sud. Mais nous en recevons un nombre à peu près équivalent de médecins. Il s'agit donc d'une migration dans les deux sens, qui se fait pour diverses raisons, que vous connaissez sans doute. Pour certains, ce sont des raisons sociales, mais les deux pays aimeraient attirer certaines personnes pour compléter leur éventail de compétences.

Il y a quelques années, cela constituait un problème. Mais en ce moment, je crois que ce n'est pas le cas si l'on tient compte de la main-d'oeuvre globale. On peut avancer que l'on perd les meilleurs éléments dans certains domaines, mais c'est un argument assez ténu.

Par où le patient devrait-il avoir accès au système? Voilà comment j'interprète votre question. Il y a pour cela de nombreux modèles, comme vous le savez sans doute, et c'est un problème très complexe. Je crois qu'il est juste de dire que la profession médicale dans son ensemble encore une fois n'est pas tout à fait contre telle ou telle solution et qu'il existe de nombreux autres moyens d'avoir accès au système en dehors du médecin. L'un de vos collègues, monsieur, en est un exemple en tant qu'optométriste. C'est une profession tout à fait reconnue; c'est donc une chose possible. D'autres domaines devraient être examinés attentivement. Les infirmières généralistes en sont un exemple intéressant, mais là encore, il y a eu des critiques, et c'est un problème très difficile. Je n'essaie pas d'éluder la question, monsieur, mais la chose est complexe.

Je crois qu'il faut retenir certains principes fondamentaux. Le faisons-nous par souci de l'économie? Le faisons-nous pour donner aux malades une autre possibilité de soins? Ou encore pour en augmenter la qualité? Je crois qu'il faut examiner ces objectifs et ces questions pour replacer le problème dans ces différentes perspectives. Si nous ne pouvons pas donner de réponses satisfaisantes, il faudrait alors se montrer critique. Mais je m'en servais comme d'un test.

Pour les cliniques communautaires de santé, que nous avons abordées, je laisserais à l'un de mes collègues de la Saskatchewan ou du Nouveau-Brunswick le soin d'en parler, car ils ont probablement plus d'expérience que moi en la matière.

Dr O'Hashi: En ce qui concerne les cliniques communautaires de santé, la seule étude que je connaisse et qui a été faite sur le sujet portait sur les cliniques communautaires de santé de Prince Albert et de Saskatoon par rapport à la population générale. Les chiffres indiqués à l'époque montraient que si le coût du traitement des patients était plus élevé que lorsque des médecins font un travail semblable, les patients de ces cliniques étaient moins souvent hospitalisés. On prétendait donc que cela revenait moins cher au système. Je n'ai pas regardé cette étude dans le détail afin de voir si c'est bien la vérité et quels étaient les chiffres, mais c'est la conclusion générale à laquelle on arrivait. C'est un système, et nous aimerions étudier tous les systèmes pour voir exactement quels sont les résultats, non seulement sur le plan financier mais également pour la qualité des soins, et pour voir quels ont été les résultats objectifs dans un tel cas.

[Texte]

Can I go back to the points of entry? The definition of the College of Family Physicians of Canada on a family doctor, family physician, is as a primary physician. Some people would limit that strictly to the idea that you are a first contact, but primary also has the definition of being primarily responsible, indicating that such individual then is the person who is responsible for taking that patient through the system and being sure that they are exposed to those services that are necessary and avoiding those that are not necessary. Where you have an individual who is symptomatic, who comes to a doctor because of an ache, pain or some problem, I think the role of the physician—and this is what we are trained to do—is to be sure that there is no disease present and no life-threatening disease or to indicate, if there is a problem, in which direction it should go.

That is different from those who come without a symptom and say they would like to have a checkup and where is their health status and are they at risk. That is a little different situation. But again, your doctor plays that role. So there are two points of entry, the person who comes in with a chest pain, a symptom, or a person who comes in and says where am I at in relation to this thing.

• 0955

Dr. Fraser: As are the others on our panel here, I am very much in favour of looking at alternative methods of health delivery, as long as they are thoroughly and rationally evaluated. Tow years ago I was part of a delegation from the New Brunswick Medical Society that did a study, jointly with the government, looking at alternative methods of health care delivery, including site visits in Ontario because we were looking mainly at community health clinics and the health service organizations.

One of the health economists within the Department of Health in Ontario told us in our discussions that they really had no evidence that public health, lifestyle counselling, wellness awareness and disease prevention were any better taught in a community clinic setting than they were in a family physician's office, which I was quite gratified to hear. The studies they had done showed there was no difference at all. I have always maintained that family physicians and general practitioners have always, as part of their job, practised wellness advocacy and disease prevention in their offices.

Mr. Cole (York—Simcoe): Welcome to the committee, particularly Dr. Vail, who also comes from the great town of Newmarket. It is good to see you again.

Dr. Vail: Do we have it on the map?

Mr. Cole: There is a lot of talent there, Bill. It is still there.

There is one comment I want to make first. We hear of a lot of problems, we hear of a lot of difficulties, and we talk about them many times. But in my opinion, and I think in an awful lot of people's opinion, including that of the experts

[Traduction]

Puis-je revenir à la question des points d'accès? La définition du médecin de famille, que donne le Collège des médecins de famille du Canada, est qu'il s'agit d'un médecin de premier recours. Certains limitent cela à l'idée du premier contact, mais premier recours veut aussi dire responsable en premier lieu, c'est-à-dire que cette personne est responsable d'orienter le patient dans le système et de s'assurer qu'il s'adressera aux services qui lui sont nécessaires et évitera ceux qui ne le sont pas. Lorsqu'une personne présente des symptômes, lorsqu'elle vient trouver son médecin en disant qu'elle a une douleur ou un problème, je crois que le rôle du médecin—c'est ce à quoi on nous forme—consiste à vérifier qu'il n'y a pas de maladie, de maladie grave, ou d'indiquer à l'intéressé dans quelle voie il devra s'orienter.

Ce n'est pas la même chose que lorsqu'on vient vous trouver sans avoir de symptôme et qu'on demande simplement un bilan de santé pour savoir où l'on en est et si l'on court des risques. C'est une situation un peu différente. Mais là encore, le médecin joue ce rôle. Il y a donc deux points d'accès, la personne qui se présente parce qu'elle a une douleur dans la poitrine, ce qui est un symptôme, ou la personne qui vient pour savoir où elle en est sur le plan physique.

Dr Fraser: Comme les autres membres du comité, je suis tout à fait favorable à l'idée d'envisager d'autres systèmes médicaux dans la mesure où on les évalue de façon approfondie et rationnelle. Il y a deux ans, j'ai fait partie d'une délégation de la Société médicale du Nouveau-Brunswick qui étudiait en collaboration avec le gouvernement d'autres systèmes médicaux, y compris celui des visites à domicile de l'Ontario, car nous avons surtout étudié les cliniques communautaires de santé et les organisations de services médicaux.

L'un des économistes du ministère ontarien de la Santé nous a dit, au cours des discussions, que rien ne prouvait que les cliniques de santé dispensaient un meilleur enseignement que le médecin de famille en matière de santé publique, de counselling sur le mode de vie, de maintien de la forme et de prévention des maladies. J'ai trouvé cela assez réconfortant. D'après les études faites, il n'y a aucune différence. J'ai toujours soutenu que les médecins de famille et les généralistes n'ont cessé de donner, dans leur travail, des conseils sur le maintien en forme et la prévention des maladies.

M. Cole (York—Simcoe): Soyez les bienvenus au comité. Mes vœux s'adressent plus particulièrement au docteur Vail, qui vient également de la grande ville de Newmarket. Je suis heureux de vous retrouver.

M. Vail: Enfin on sait que nous existons sur la carte.

M. Cole: Cet endroit regorge de personnes talentueuses. Il figure encore sur la carte.

J'aimerais faire tout d'abord une remarque. Nous entendons parler de nombreux problèmes, de nombreuses difficultés et nous y revenons constamment. Mais à mon avis, et je crois que c'est aussi celui de nombreuses personnes, y

[Text]

whom we have heard, the system we have in Canada is probably number one in the world as far as quality of care and effectiveness throughout the country are concerned. I want to emphasize that, because we do tend to be very critical of our system.

I do believe in the system, and I think it really is going and has advanced in the right direction. I think it is one of the difficulties we face because we are number one, we are the leader, in my opinion, of health care in the world, and it is very difficult to make change. You do not have another system that you can compare and say, that one is better than ours, so let us go to that one. We are already at the forefront. We want to continue being there.

One of the issues I want to discuss and pursue a little bit is with regard to manpower. We have heard a lot of people suggest that because of the number of physicians providing service the costs have gone up. I am not totally convinced it is that kind of a direct relationship. I would like to know, from your perspective, whether that is a direct relationship. If I get sick, I get sick, and I will have to go and get care. Whether there are three physicians at the corner of my street or one physician at the corner of my street, I am only going to get sick once, I hope. That is the actual fact of the situation. I think there are some other things that are connected.

The other aspect of it is your data bank system. Assuming the geography and the demographics of the whole thing, is it going to be used to respond to the demands of society from all the different pressures that are put on physicians with regard to the provision of services and the types of services provided, other than just who is where? Is that a fair question to ask? There are a couple of questions in there.

Dr. Vail: The thoughts flowing out of Newmarket are not bad this morning, are they?

Let us address the last first. The data bank, I suppose, is basically a research tool and also an identification of what people are doing and where they are. In itself it is a tool, an important one, and it answers some of my questions. Maybe I have not answered your colleague's question fully, but I am aware of the clock as well.

• 1000

The other question was utilization. That is the word that is commonly used in medical terminology, be it good or bad. I do not like the word personally, but that does not matter. That is how much of the increasing cost of health care is being generated by physicians. They have words for that like "PID physician", "induced demand", and things of this nature. I agree with your colleague, Mr. Chairman, that I am not sure that the doctors are totally responsible for this.

There are so many factors in this. It is under considerable study at the moment by two provinces and there is a volume of literature on the subject; but, with the increasing technology of our society, with the increasing services that we have to render... I am a surgeon, sir, in carcinoma of the breast. When I first started, to follow those patients up required a chest x-ray and a haemoglobin, and that was satisfactory and I was giving them the best care possible.

[Translation]

compris les experts que nous avons entendus, notre système au Canada est sans doute le meilleur au monde pour ce qui est de la qualité des soins et de l'efficacité dans tout le pays. Je tenais à le souligner, car on a un peu trop tendance à critiquer notre système.

Je crois en notre système et je pense qu'il a pris dès le départ, et a su maintenir, la bonne direction. Je crois qu'il est difficile, parce que nous sommes les premiers, les chefs de file, pour ce qui est des soins médicaux dans le monde, qu'il est difficile de procéder à des changements. Il n'est pas possible de comparer notre système avec d'autres systèmes et de dire qu'il y en a un meilleur que le nôtre et que nous allons le choisir. Nous sommes à l'avant-garde et nous voulons y rester.

L'une des questions que j'aimerais approfondir concerne la main-d'oeuvre. Beaucoup de gens ont dit que les prix ont augmenté parce que beaucoup de médecins offrent des services. Je ne suis pas tout à fait convaincu qu'il y ait une relation de cause à effet. J'aimerais savoir ce que vous en pensez. Si je tombe malade, je suis malade et je vais devoir me faire soigner. Qu'il y ait trois médecins ou un seul médecin dans ma rue, je ne serai malade qu'une fois, du moins c'est ce que j'espère. Voilà quelle est la situation en réalité. Je crois que d'autres choses ont une certaine influence.

Je veux également parler de votre banque de données. Étant donné la situation géographique et démographique, s'en servira-t-on pour répondre aux exigences que la société a sur les médecins pour la fourniture de services et les types de services fournis? Ou s'en servira-t-on simplement pour savoir à quel endroit se trouve tel praticien? Ai-je raison de poser une telle question? Elle en recouvre en fait plusieurs.

Dr Vail: Les pensées qui émanent de Newmarket ce matin ne sont pas si mauvaises, n'est-ce pas?

Prenons la dernière question pour commencer. La banque de données est, j'imagine, un outil de recherche fondamentale et permet de savoir les spécialités de chacun et les adresses. C'est en soi un outil non négligeable d'ailleurs, et il répond à certaines de mes questions. Je n'ai peut-être pas répondu complètement à la question de votre collègue, mais je sais que le temps est aussi important.

L'autre question portait sur l'utilisation. C'est un terme qui est couramment employé en terminologie médicale, qu'il soit bon ou mauvais. Je ne l'aime pas trop personnellement, mais peu importe. Il s'agit de savoir quelle part de l'augmentation des frais médicaux est due aux médecins. Il y a divers termes comme «médecins des MIP», «demande induite», et d'autres choses de ce genre. Comme votre collègue, monsieur le président, je ne suis pas sûr que les médecins soient responsables de cet état de fait.

De nombreux facteurs entrent en ligne de compte. Ce problème fait l'objet d'études approfondies de la part de deux provinces à l'heure actuelle, et les documents publiés sur le sujet sont innombrables; mais étant donné l'aspect de plus en plus technique de notre société, étant donné les services de plus en plus nombreux que nous avons à rendre... Je suis chirurgien et j'opère les cas les plus graves de carcinome du sein. Lorsque j'ai commencé, pour suivre ces patientes, il fallait

[Texte]

Today those patients need many other things. They have to have scans of the liver and their bones. There are many alternative methods of treating them, and the cost of that particular disease process in a woman has multiplied many times. Therefore the costs have gone up.

We can go right across the whole gamut of the science of medicine and make similar statements.

I do agree with your colleague that doctors do not pull people off the street, or I am not aware of it. People come to their offices in a voluntary fashion. Sure they are called back, but if you have a problem then you seek medical attention.

Our population has increased. Young people who have problems with their children do not have mother and grandmother and the lady next door, because they are living in a ghetto of their age group and their own social group. So all these things put pressure on the health care system.

Yes, sir, we do, and I think most of us as Canadians, whether we are parliamentarians or professionals, should be proud of the health care system we have in this country. It was interesting; I had never heard it addressed quite like your colleague did this morning, that if something is good then it is hard to make it better. I can only say that everything can be better and we have to be extremely careful that we keep ourselves in the no. 1 position. There are dangers that we may fall from that position. So you and your colleagues, not only in this committee but in your Parliament around you, should very carefully watch that we do not fall out of the no. 1 position.

Dr. Cole: Is there a particular area you feel we should be looking at with regard to a different type of delivery mode? Is there something you have been studying? Should delivery be different? Let us put it that way. Are there areas we could be looking at?

Dr. O'Hashi: Rather than delivery mode, I think you want to look at the natural history of disease. We want to go right back to the basic problem: what is the problem we have and how do we deal with it? If, for example, you have ten people in the community who have gall-bladder disease and need to have their gall-bladders out, you are going to have to do that regardless of the number of physicians that are there, the number of hospital beds, whatever. That is the problem. The question may be what we know about the natural history of that gall-bladder disease and if there is some way of affecting it so those people do not have problems. We do not know enough about that. That is a place the federal government could perhaps put some money into. We need to know more. We need more money in research. We need more money to know just exactly what it is about these problems we are having to deal with.

We have a handle on coronary-artery disease and cholesterol and business like that, but what about all the other problems out there? What about the people who are breaking their hips? Is it just a simple question of

[Traduction]

des radiographies mammaires et une analyse de l'hémoglobine; c'était suffisant, et j'avais donné les meilleurs soins possibles. À l'heure actuelle, ces patientes ont besoin de bien d'autres choses. Il faut passer au scanner leur foie et leurs os. Il y a de très nombreuses possibilités de traitement, et le coût de cette maladie féminine a été multiplié de nombreuses fois. Les coûts ont donc augmenté.

Nous pourrions passer en revue toute la science médicale et arriver à des conclusions semblables.

Comme votre collègue je pense que les médecins ne vont pas chercher leurs clients dans la rue; du moins pas que je sache. Les gens viennent les trouver dans leur cabinet spontanément. On les rappelle ensuite, mais lorsqu'on a un problème, on cherche à se faire soigner.

Notre population a augmenté. Les jeunes qui ont des problèmes avec leurs enfants n'ont plus leur mère, leur grand-mère ou leur voisine parce qu'elles habitent dans un ghetto où vivent uniquement des gens de leur âge et de leur groupe social. Tout cela influe sur le système médical.

Pour ce qui est de notre système, je crois que pour la plupart, en tant que Canadiens, parlementaires ou professionnels nous devrions être fiers de notre système médical. La façon dont votre collègue l'a dit ce matin était originale: si quelque chose est bien, il est difficile de l'améliorer. En fait on peut tout améliorer et il faut prendre garde à bien rester à la première place. Le fait d'être dans cette position peut présenter des dangers. Vous devriez avec vos collègues, non seulement du comité mais de tout le Parlement, veiller attentivement à ce qu'on ne perde pas cette première place.

Dr Cole: Y a-t-il, selon vous, un domaine particulier qu'il faudrait étudier pour trouver une méthode de soins différente? Y a-t-il quelque chose que vous avez étudié? La prestation des services devrait-elle être différente? En un mot, y a-t-il des domaines que nous pourrions étudier?

Dr O'Hashi: Plutôt que de la façon dont sont fournis les services, je crois qu'il faudrait mieux examiner la genèse des maladies. Nous voulons revenir au problème essentiel: à quelle maladie avons-nous affaire et comment pouvons-nous la traiter? Si vous avez, par exemple, dans votre communauté dix personnes qui ont une maladie de la vésicule biliaire nécessitant l'ablation de cet organe, il va falloir le faire, quel que soit le nombre de médecins, le nombre de lits d'hôpitaux, etc. Là est le problème. Il faudrait peut-être essayer de voir ce que l'on sait sur la genèse de la maladie de la vésicule biliaire et s'il y a une manière d'influer sur elle afin que les gens ne soient pas affectés de cette maladie. Nous ne savons pas assez de choses là-dessus. C'est peut-être un domaine que le gouvernement fédéral devrait financer. Il faudrait qu'on en sache davantage. Il nous faudrait davantage d'argent pour faire de la recherche, pour savoir exactement ce qu'il en est de ces maladies que nous devons traiter.

Nous avons quelques connaissances sur les maladies coronariennes, sur le cholestérol et sur d'autres choses de ce type, mais que dire de toutes les autres maladies qui existent? Que dire des gens qui se cassent le col du fémur? Est-ce

[Text]

osteoporosis and giving everybody more calcium, or is there more to it than that? Can we reduce costs by reducing the number of broken hips, by reducing that particular surgical procedure, or is there no way of doing that? Can we change the problem with cataracts? We do not know. We would like to know that.

The Chairman: Dr. Halliday, I would like to welcome you back to the committee. I understand you were intimately involved with a young woman last week, and I would like to congratulate you on behalf of the committee on the birth of your daughter.

Mr. Cole: Nine months ago he was.

Mr. Halliday (Oxford): I will not comment further on that, except to say that I appreciate the messages of good will and good wishes I got from the committee members and others.

• 1005

As the chairman said, it is always a pleasure to welcome back professional colleagues to the committee. Some of us were together for two days last week at a conference on health care in Toronto, which was most interesting.

The issue of manpower, of course, is of concern, but I note in your brief the work that has been done that goes back to 1971 in the case of the national committee and back to 1981 in terms of the data system. I wonder if we are ever going to get the kinds of answers we are looking for; perhaps not. For example, I wonder whether Dr. Landry, Dr. Wilbee and I are down as practising physicians or what. I do not know. I suspect we are down as some kind of practising physicians. Maybe Dr. Vail has an answer to that.

Dr. Vail: I will answer that one quickly, sir. The answer is, hopefully not. You are hopefully in an administrative category. As a member, I am not quite sure, but certainly Dr. Landry would be under that category. You would be functionally in our inventory in that fashion.

Mr. Halliday: Just to move on to another interest of mine, it is clear that you have not broken lock-step with other witnesses we have had here, because they have studiously avoided talking about funding. The title of our topic was arrived at actually by a parliamentary colleague and myself back in the last Parliament—the former Minister of Health. The two of us felt this was a crucial issue, and in the last Parliament we got the committee to begin this study. We are pursuing it now, and nearly all our witnesses avoid talking about funding, as you have done. I know you are aware of that, but it seems to me that it is very crucial.

I guess six provinces across Canada in the last three years, say, have embarked on studies of the health care system. I presume that relates to the fact that they have concerns at the provincial level regarding funding, and I think

[Translation]

simplement un problème d'ostéoporose pour lequel il suffirait de donner davantage de calcium aux gens, ou est-ce autre chose? Pouvons-nous réduire les coûts en diminuant le nombre de cols de fémur cassés, en réduisant le nombre des opérations chirurgicales, ou cela n'est-il pas possible? Pouvons-nous faire quelque chose pour la cataracte? Nous ne le savons pas. Nous aimerions savoir.

Le président: Docteur Halliday, je vous souhaite à nouveau la bienvenue au comité. Je crois que vous avez dû vous occuper de très près d'une jeune dame la semaine dernière et j'aimerais vous féliciter au nom du comité pour la naissance de votre fille.

M. Cole: C'était il y a neuf mois.

M. Halliday (Oxford): Je préfère ne pas faire de remarque là-dessus, si ce n'est pour dire que je vous remercie des amabilités et des bons vœux que j'ai reçus de la part des membres du Comité et d'autres personnes.

Comme l'a dit le président, c'est toujours un plaisir d'accueillir à nouveau des collègues au comité. Certains d'entre nous se sont retrouvés pendant deux jours la semaine dernière à une d'une conférence sur les soins médicaux qui s'est déroulée à Toronto et qui était fort intéressante.

La question de la main-d'oeuvre est bien évidemment un problème, mais j'ai remarqué dans votre mémoire le travail qui a été fait en 1971 dans le cas du comité national et en 1981 dans le cas du système de données. Je me demande aussi si nous allons jamais obtenir les réponses que nous cherchons; peut-être pas. Par exemple, je me demande si le docteur Landry, le docteur Wilbee et moi-même sommes inscrits comme médecins en exercice. Je ne sais pas. J'imagine que oui. Peut-être le docteur Vail a-t-il la réponse à cette question.

Dr Vail: Je répondrai rapidement à cette question, monsieur. J'espère que non. J'espère que vous êtes dans une catégorie administrative. En tant que député, je n'en suis pas tout à fait sûr, mais il me semble que le docteur Landry devrait être dans cette catégorie. Vous devriez être dans notre répertoire inscrit à cette rubrique.

M. Halliday: Pour passer à un autre sujet qui m'intéresse, il est clair que vous avez suivi la trace des autres témoins qui ont comparu, car vous avez soigneusement évité de parler de financement. Nous sommes arrivés à ce sujet avec un collègue parlementaire au cours de la session précédente—je veux parler de l'ancien ministre de la Santé. Nous avons jugé qu'il s'agissait d'une question essentielle et lors de la dernière session parlementaire, nous avons demandé de commencer cette étude. Elle se poursuit maintenant, et pratiquement tous les témoins ont évité de parler de financement, comme vous-même. Je sais que vous en êtes conscient, mais je trouve que c'est essentiel.

Je crois que six provinces canadiennes ont lancé ces trois dernières années des études sur le système médical. J'imagine que c'est parce qu'elles ont des inquiétudes au niveau provincial concernant le financement et je crois que nous

[Texte]

we have to address that as a federal committee. To that end, I notice that today, for example, our two researchers have provided us with 12 questions, at least 9 or 10 of them relating directly or very closely to funding. We are concerned about it, and we need some help with some answers.

We heard in Toronto last week—if I heard correctly, and perhaps one of you can correct me if I am wrong—that there are a lot of studies going on now on these various acronyms that Bill Vail referred to, HSOs, HMOs and so on. Although initially they led to a decrease in health care costs, now the graph for rising health care costs is precisely the same in that style of practice as it is in the traditional individual fee-for-service system. Could you comment on that? Am I correct in saying that?

Dr. Vail: Yes. These are the comments that are being made. Now maybe my colleagues at the table would have stronger opinions than I, but I think the jury is still out. How long does a jury stay out? I know that is a good question. It is such a popular, sexy, political thing to do to create these things that if one is critical of them, one is felt to be some kind of dinosaur or an ostrich with its head in the sand. I guess we have to be very careful that we criticize them and do not be premature in our criticism, not that we will be found out, but we will draw an awful lot of flak upon ourselves. We have to be pretty sure of our base, but I think what you have expressed, Dr. Halliday, is the opinion of the moment in 1990.

Mr. Halliday: There is a family physician in Hamilton who worked with the Ontario department for about four or five years in various aspects of health care. He has some interesting comments to make on this concept of physicians somehow being remunerated in some way based on outcomes. Do you have any comments on this concept of outcomes and how it might apply to the work of this committee?

Dr. Fraser: You will find everybody will be going into administration.

Mr. Halliday: He is back in practice now, I think, or teaching.

Dr. Fraser: That is something that has been thrown around a lot. We do not have enough data on the outcomes of a particular method of treatment, sort of an administrative method, whether it is an HSO or a community clinic, a private practice or whatever. Is one better than the other? Is one more efficient than the other? This is the problem. This is why we need to have more research. I think all physicians would be very interested in knowing the results of such

[Traduction]

avons abordé la question en tant que comité fédéral. À cette fin, j'ai constaté aujourd'hui par exemple que nos deux attachés de recherche nous ont fourni 12 questions, et sur ce total, neuf ou dix au moins portent directement ou d'assez près sur le financement. C'est un sujet d'inquiétude, et nous avons besoin d'aide et de quelques réponses.

Nous avons entendu à Toronto la semaine dernière—si j'ai bien compris, et si je me trompe l'un d'entre vous pourra me corriger—qu'il y a de nombreuses études en cours de réalisation sur les divers acronymes dont a parlé Bill Vail, les HSO, les HMO, etc. Si à l'origine ces systèmes ont permis de réduire le coût des soins médicaux, le graphique montrant l'augmentation des coûts est exactement le même dans ce secteur qu'avec le système traditionnel des honoraires correspondant à des services. Pouvez-vous me dire ce que vous en pensez? Ai-je raison de dire cela?

Dr. Vail: Oui. C'est ce qu'on dit. Mes collègues qui sont autour de moi ont peut-être une opinion plus prononcée que la mienne, mais je crois que la question reste posée. Combien de temps va-t-il en être ainsi? Je sais que c'est une bonne question. Il est tellement bien vu, tellement attrayant et tellement politique de lancer ces entreprises que si on les critique, on est considéré comme un dinosaure ou une autruche qui se cache la tête dans le sable. Je crois qu'il faut faire très attention lorsqu'on les critique et ne pas le faire trop tôt, non parce qu'on risque de se faire repérer, mais parce qu'on va s'attirer les foudres. Il faut être assez sûr de soi, mais, à mon avis, ce que vous avez exprimé, docteur Halliday, c'est l'opinion du moment, l'opinion de 1990.

M. Halliday: Il y a un médecin de famille d'Hamilton qui a travaillé pour le ministère ontarien pendant quatre ou cinq ans sur divers aspects des soins médicaux. Il a des remarques intéressantes à faire sur la rémunération des médecins en fonction des résultats obtenus en quelque sorte. Que pensez-vous de cette idée et de quelle manière pourrait-elle s'appliquer au travail du comité?

Dr. Fraser: Vous constaterez que tout le monde va se lancer dans l'administration.

M. Halliday: Je crois qu'il exerce à nouveau la médecine maintenant à moins qu'il n'enseigne.

Dr. Fraser: On en a beaucoup parlé. Nous n'avons pas de données suffisantes sur les résultats d'une méthode de traitement en particulière, une sorte de méthode administrative, qu'il s'agisse d'un HSO ou d'une clinique communautaire, d'un cabinet privé ou autre. L'une est-elle meilleure que l'autre? L'une est-elle plus efficace que l'autre. Là est le problème. C'est pourquoi il faudrait faire davantage de recherche. Je crois que tous les médecins

[Text]

studies. This is one of the reasons why we undertook the study in New Brunswick, and we went to Ontario because we felt that was the closest place where they had a system that we might be able to use. We also went to Quebec and Saskatchewan, although we did not make any site visits there. We just felt the data were not there to support our recommending that such systems be introduced in New Brunswick at this time, mainly because of the outcomes. We just could not say the outcomes were any better.

• 1010

Mr. Halliday: None of us here on the committee have any particular expertise in health care funding, and you CMA people have not come to us with a lot of suggestions. Could you advise us now where we might go to get some expert opinions on funding of health care—where in Canada? Are there any organizations that are knowledgeable or any individuals you think we should be sure to hear from?

Dr. Vail: Sir, first of all, if I am not mistaken, it was not too many months ago that the CMA did talk about funding. If it was not to this committee it was to another. I had the experience personally of talking to the finance committee about health care funding, and particularly with the EPF formula. So there are many areas.

But I am sure, sir, if you felt that was worthy of your agenda—I hope I am not speaking out of turn—you might well discuss that with the officialdom of the CMA and they might be in a position. . . But it is a very lengthy discussion, and of course if you are looking for a quick answer, the answer is no.

Dr. Landry: I would like to come back to what was said a while ago about distribution of physicians. No single solution has solved the problem. It is a very complex problem, and if you are looking for the person or the organization in Canada that can solve the problem I think you are on the wrong track.

Mr. Halliday: Of course funding is a problem in all our jurisdictions in Canada, in my view, but also around the world. Do you see any trends in funding mechanisms developing around the world? And are there any jurisdictions you think our committee should study in particular; any particular ones that are interesting from the point of view of CMA's research into the economics of the medicine?

Dr. Landry: We come back to your previous question, sir, the question of appropriateness of care and quality assurance. As Dr. Fraser has suggested, we agree we look at different ways of doing things. But if we are going to change a quarter for 25¢, what have we gained? The question is to determine, first of all, the level of funding society is willing to support, and secondly the tougher question of where that money should be channelled. The third question we have to address is how we get the biggest bang for our buck.

[Translation]

aimeraient connaître le résultat de ces études. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons entrepris cette étude au Nouveau-Brunswick, et nous nous sommes adressés à l'Ontario parce qu'il nous a semblé que c'était l'endroit le plus proche où existait un système que nous pourrions utiliser. Nous nous sommes également adressés au Québec et à la Saskatchewan bien que nous ne nous soyons pas rendus sur place dans ces deux cas. Il nous a semblé simplement qu'il n'existait pas de données suffisantes pour nous permettre de recommander l'adoption de tels systèmes au Nouveau-Brunswick pour l'instant, surtout en raison des résultats. Il nous était simplement impossible de dire qu'ils étaient meilleurs.

M. Halliday: Au sein du comité, personne n'a d'expérience particulière en matière de financement des soins médicaux, et vous, les membres de l'AMC, ne nous avez guère fait de propositions. Pourriez-vous nous dire où nous pourrions obtenir l'avis d'experts en matière de financement des soins de santé au Canada? Y a-t-il des organisations qui sont compétentes en la matière ou des personnes que nous devrions interroger?

Dr Vail: Monsieur, je dois dire pour commencer qu'il y a quelques mois, si je ne m'abuse, l'AMC s'est prononcée sur le financement. Si ce n'était pas devant votre comité, c'était devant un autre. J'ai personnellement pris la parole devant le Comité des finances sur le problème du financement des soins médicaux et plus particulièrement sur la formule des FPE. Il y a donc eu plusieurs occasions.

Je suis sûr, monsieur, que si vous estimiez utile de faire figurer cela à votre ordre du jour—et j'espère ne pas trop m'avancer—vous pourriez très bien en parler avec les responsables de l'AMC, qui seraient sans doute en mesure. . . Mais c'est une discussion très longue, et bien sûr vous voulez une réponse rapide. La réponse est donc non.

Dr Landry: J'aimerais revenir sur ce qui a été dit il y a un certain temps au sujet de la répartition des médecins. Aucune solution n'a été apportée à ce problème, qui est très complexe, et si vous cherchez la personne ou l'organisation canadienne qui puisse le résoudre, je pense que vous êtes sur la mauvaise voie.

M. Halliday: Bien sûr le financement est un problème dans toutes les régions du Canada, et aussi dans le monde entier, à mon avis. Voyez-vous l'apparition, dans le monde, de certaines tendances en ce qui concerne les mécanismes de financement? Y a-t-il des régions que notre comité devrait étudier en particulier, des secteurs qui sont particulièrement intéressants pour la recherche de l'AMC sur l'aspect économique de la médecine?

Dr Landry: Nous revenons à votre question précédente, monsieur, la question de l'opportunité des soins et de la garantie de qualité. Comme l'a laissé entendre le docteur Fraser, nous nous sommes entendus pour étudier différentes manières de faire les choses. Si nous devons échanger une pièce de 25 cents contre une autre, qu'aurons-nous gagné au change? Il faut savoir tout d'abord l'importance du financement que la société est prête à supporter et deuxièmement, ce qui est plus difficile, comment affecter cet argent. La troisième question à laquelle il nous faut répondre, c'est d'obtenir le maximum de rentabilité.

[Texte]

I would suggest, with all due respect, you cannot do that alone, we cannot do that alone, and there are even other actors, not here now, who would have to be part of the picture. But I think we really have to take a hard look at that; and outcome studies are part of it.

As you know, in one of the latest models being looked at there are three components. One of them is what impact does care have on the illness for which one consults? Has it solved the problem or has it not? The second one is the result of the intervention: has it made the person functional from a social point of view; productive in society, fully integrated? The third one is patient satisfaction.

Those are tough questions. If we had to sit down for everything everybody does in the health care system and answer those questions. . . they are tough questions. But if we are going to get the biggest bang for the buck, those are the kinds of questions we are going to have to address.

About the mechanism of how much more money, where it should come from, where it should go, I think that is a political question no single organization can answer.

Dr. Vail: As a supplementary, when you are talking about other countries of the western world, they are discussing the same problem. They have the same kinds of problems. As Dr. Landry said, part of it is the priorities that the legislatures wish to give.

• 1015

Mme Roy-Arcelin (Ahuntsic): Bienvenue à notre Comité et merci de votre excellent exposé.

Considérant que la situation économique du pays est très difficile, croyez-vous toujours possible le maintien de l'accès universel aux soins de santé ou croyez-vous que le système de santé canadien risque de ressembler de plus en plus à celui des Américains?

Deuxièmement, votre Association recommande une planification des ressources en médecins dont la portée serait nationale. Il y a un mot qui me hante l'esprit, et c'est le mot «contingentement». On sait que dans les facultés de médecine, bien souvent, sur 3,500 demandes, il n'y en a que 500 qui sont acceptées. Je trouve qu'il y a un problème au départ. J'aimerais connaître votre opinion sur ce grand problème étant donné que plusieurs de nos étudiants s'en vont dans des universités étrangères et souvent ne reviennent pas. Mon fils est à Georgetown, à Washington. Il y a là des gens qui ont des notes excellentes et qui pourraient peut-être résoudre le problème de la situation qu'on vit présentement.

Dr Fournier: Je vais tenter de répondre rapidement à ces quelques questions et demander à mes collègues d'ajouter si nécessaire.

[Traduction]

Si je puis me permettre, je vous dirais que je ne pense pas qu'on puisse faire cela seul, et il y a d'autres intervenants, qui ne sont pas ici en ce moment, qui devraient prendre part à la discussion. Je crois que nous devons vraiment étudier sérieusement tout cela, et les études concernant les résultats constituent l'un des éléments.

Comme vous le savez, dans l'un des derniers modèles étudiés, il y avait trois aspects envisagés. L'un d'entre eux portait sur l'effet des soins sur la maladie pour laquelle on est venu consulter. Ont-ils entraîné la guérison ou non? Le deuxième portait sur le résultat de l'intervention: a-t-elle rendu la personne concernée fonctionnelle sur le plan social, productive en société, totalement intégrée? Le troisième a rapport à la satisfaction du patient.

Ce sont des questions difficiles. Si nous devons essayer de répondre à ces questions chaque fois qu'un acte médical est fait dans notre système. . . ce sont des questions difficiles. Mais si nous voulons arriver à une rentabilité maximum, il va falloir nous atteler à des questions de ce type.

Pour ce qui est du mécanisme concernant l'augmentation des montants alloués, leur provenance et leur destination, je crois que c'est une question politique à laquelle aucune organisation individuelle ne peut répondre.

Dr Vail: A titre de question supplémentaire, lorsque vous parlez des autres pays du monde occidental, il faut dire qu'ils sont en train de discuter du même problème. Ils ont aussi ce type de problème. Comme le docteur Landry l'a dit, cela dépend en partie de la priorité que les assemblées législatives veulent accorder à la question.

Mrs. Roy-Arcelin (Ahuntsic): Welcome to our Committee and thank you for your fine brief.

Given our country's very difficult economic situation, do you think it is still possible to maintain universality in health care, or do you think the Canadian health care system may start looking more and more like the American system?

Second, your association recommends national planning of physician resources. There is a word that keeps nagging at my mind, namely «quotas». We know that very often medical schools accept only 500 of 3,500 applicants. So I think there is a problem at the very beginning of the system. I would like to hear what you think about it, given that some of our students are going to foreign universities and often do not come back. For example, my son is at Georgetown University, in Washington. There are students there with excellent marks who could perhaps help us solve our problems.

Dr. Fournier: I will try to answer your questions quickly and will ask my colleagues to complete my answer if necessary.

[Text]

D'abord, je crois sincèrement que l'accès à tous les soins doit être et pourrait peut-être être conservé dans le système canadien. Tout dépendra de la façon dont nous gérons, entre nous, les ressources que nous avons. Je crois qu'il y a encore un peu d'économies à faire de différentes parts, de la part du patient, de la part du médecin, de la part de l'État, et en particulier de la part des administrateurs des systèmes de soins.

Pour ce qui est de votre deuxième question, les chances que le système canadien évolue un peu vers un système du genre de celui des Américains ne sont pas très fortes, à mon avis. C'est peut-être le système américain qui va évoluer un petit peu vers le nôtre. Il devra peut-être y avoir également une certaine participation de la population du Canada, sans en parler à outrance.

Concernant le contingentement des étudiants et des ressources en médecine, c'est un problème que nous vivons depuis plusieurs années. Il y a des plus et des moins. Cela rend la chose assez difficile puisqu'il faut prévoir de 10 à 12 ans avant de pouvoir reconnaître et utiliser l'efficacité des ressources humaines en médecine. Cela semble très difficile. Cela a été très difficile au point de vue démographique au Canada, en particulier au Québec, et cela semble aussi très difficile pour les ministères, les fonctionnaires et les politiciens, parce que les choses changent au fur et à mesure que les situations changent.

The Chairman: On behalf of the committee, gentlemen, may I extend to you our sincere thanks for appearing before us this morning. Certainly from the questions of the members, there is obviously some interest and concern. You mentioned the book you had, "Canadian Physician Resources". Could you table that, sir, with the clerk of our committee.

Dr. Vail: I think each member, including yourself, has received one. But we will table one in addition. Thank you.

• 1020

• 1022

The Chairman: I will now call the meeting to order. The second group of witnesses we have before us are from the Canadian Pharmaceutical Association, Dr. Leroy Fevang, Executive Director, and Dr. Jeff Poston, Research Director. Gentlemen, I welcome you to the committee this morning. We look forward to your testimony.

Dr. Leroy Fevang (Executive Director, Canadian Pharmaceutical Association): Thank you very much, Mr. Porter. It is our pleasure to be here. The Canadian Pharmaceutical Association represents the national voluntary association for 11,000 practising pharmacists throughout the country. We thank you for inviting us here for this submission and we want to draw to your attention the actual and potential contributions that pharmacists make to health care in Canada. We want to inform you of some of the changes affecting the profession and indicate some of the developments taking place and their benefit to the health care system.

[Translation]

First of all, I sincerely believe that access to all health care services must and could perhaps be maintained in the Canadian system. It all depends on how we manage the resources we have. I think there could be some savings made by various players: patients, doctors, the government and particularly the administrators of our health care system.

As for your second question, I do not think there is much chance the Canadian system will move toward the American system. In fact, perhaps the American system will become more like ours. Without over-stating the case, the people of Canada should perhaps be required to make some contribution to the health care system.

The issue of quotas of students and medical resources is one we have been dealing with for several years. There are pluses and minuses. This situation makes things quite difficult, because it takes between 10 and 12 years before our physician resources can be recognized and used. This creates difficult problems in demographic terms, particularly in Quebec. It also seems to be a very difficult situation for departments, public servants and politicians, because there is a gradual evolution as the situation changes.

Le président: Au nom du comité, messieurs, je tiens à vous remercier sincèrement d'avoir comparu devant nous ce matin. À en juger par les questions des députés, vos remarques étaient fort intéressantes et pertinentes. Vous avez fait allusion à un document qui s'intitule «*Canadian Physician Resources*». Je vous demande de bien vouloir en donner un exemplaire à notre greffière.

Dr Vail: Je pense que chaque député, y compris vous-même, en a déjà reçu un exemplaire. Mais nous allons en déposer un autre. Je vous remercie.

Le président: La séance est ouverte. Notre second groupe de témoins représente l'Association pharmaceutique canadienne. Nous allons accueillir le docteur Leroy Fevang, directeur général, et le docteur Jeff Poston, directeur de la recherche. Messieurs, soyez les bienvenus. C'est avec un grand intérêt que nous attendons votre exposé.

M. Leroy Fevang (directeur général, Association pharmaceutique canadienne): Monsieur Porter, je vous remercie. Nous sommes heureux d'être ici. L'Association pharmaceutique canadienne est une association nationale à laquelle adhèrent librement 11,000 pharmaciens exerçant à travers le Canada. Nous vous remercions de nous avoir invités à présenter cet exposé et nous tenons à attirer votre attention sur la contribution, aussi bien actuelle qu'éventuelle, des pharmaciens dans le domaine de la santé. Nous aimerions vous informer de certains changements que subit actuellement notre profession et vous décrire certaines de ces évolutions et les avantages qu'elles représentent pour notre système de soins médicaux.

[Texte]

In developing health care policies, we ask you to consider the potential contribution of pharmacists and offer some specific recommendations which may help you to realize this potential.

Unlike the Canadian Medical Association and the nurses and some of the other health care practitioners, pharmacy is not part of the Canada Health Act, so funding of pharmacy services is largely a provincial responsibility, with the exception of hospital pharmacy, which accounts for some 15% to 20% of our practitioners.

While the position of pharmacy in the main street is readily available to the public, it also serves to partially isolate pharmacists from the other health care professionals. The classic profession-versus-commerce dilemma also has a negative effect on the perception of the public and other health care professionals. We hope to show you that pharmacists are under-utilized health care resources, which, with positive help, could make an even greater contribution to Canadian health care that we do at the present.

• 1025

Medicines play an increasingly important role in patient care. However, government, physicians, pharmacists and consumers are increasingly concerned about escalating costs and potential risks. A key role for pharmacists is in the promotion of more appropriate and cost-effective drug use. We will consider this in some detail in a few moments. First I would like to indicate to you some of the changes that are occurring within the profession itself.

Pharmacy is one of a number of health care professions undergoing significant changes. Drugs, particularly the products of bio-technology, are becoming increasingly complex, as are the formulations in which they are administered to patients. Drug costs continue to escalate and this focuses attention on the need for cost effectiveness.

Changes in the health care system, particularly the shift to community and home care, are creating demands for new services, as is the aging of the population. Changes in the legal status of medicines are making more powerful medicines available for purchase without prescription, supporting the growth in health care.

Developments in communications technology are making health care information readily accessible and are changing the ways pharmacists bill and often reimburse. In practice, changes in the competitive retail environment are encouraging differentiation of services, particularly in the urban areas.

[Traduction]

Nous vous demandons de bien vouloir tenir compte, dans l'élaboration des politiques de santé, de l'apport des pharmaciens et nous entendons formuler certaines recommandations susceptibles de les aider à jouer leur rôle.

Contrairement à l'Association médicale canadienne, aux infirmiers et infirmières et à certains autres professionnels de la santé, la pharmacie ne relève pas de la Loi canadienne sur la santé, ce sont donc surtout les provinces qui assurent le financement des services pharmaceutiques, à l'exception toutefois des services pharmaceutiques hospitaliers, qui occupent de 15 à 20 p. 100 de nos adhérents.

Le fait que la pharmacie s'exerce en boutique a des avantages pratiques pour la clientèle, mais cela entraîne aussi un certain isolement des pharmaciens par rapport aux autres professionnels de la santé. Cette apparence plus commerciale de l'activité pharmaceutique semble nuire, aux yeux du public et des autres professionnels de la santé, à l'image des pharmaciens. Nous espérons arriver à démontrer que les pharmaciens peuvent être encore plus utiles qu'aujourd'hui dans le domaine de la santé et que cela dépend seulement de l'adoption de quelques mesures relativement simples.

Les médicaments jouent un rôle de plus en plus important dans le traitement médical. Pourtant, les gouvernements, les médecins, les pharmaciens et la clientèle elle-même s'inquiètent de plus en plus de l'augmentation des coûts et de l'accroissement des risques éventuels. Il incombe notamment au pharmacien de favoriser l'utilisation des médicaments les plus efficaces et les moins coûteux. Nous nous arrêterons sur cette question dans quelques instants, mais j'aimerais d'abord vous décrire certains des changements qui sont en train de transformer la profession.

Parmi les professions de la santé, la pharmacie n'est pas la seule à subir d'importantes transformations. Les médicaments et en particulier les produits de la biotechnologie deviennent de plus en plus complexes, comme le deviennent également les mélanges administrés aux patients. Les coûts des médicaments continuent à s'accroître, et cela souligne toute l'importance de la «rentabilité» des médicaments prescrits.

Le vieillissement de la population et l'importance croissante accordée aux soins communautaires et aux soins à domicile suscitent de nouveaux services. La modification des règles juridiques touchant les produits médicaux permet maintenant la mise en vente libre de médicaments puissants, et cela aussi favorise le développement des soins de santé.

Les progrès des techniques de communication facilitent la diffusion des renseignements médicaux et modifient la manière dont les pharmaciens sont rémunérés ou la manière dont ils sont remboursés pour les services qu'ils offrent. L'évolution de la concurrence commerciale favorise une différenciation des services offerts, cela étant particulièrement vrai dans les villes.

[Text]

However, the greatest change is in the role of the pharmacist himself or herself. Any patient prescribed a new drug often has three concerns: Will it work? How much is it going to cost? Will it do any harm? The so-called clinical or extended role for pharmacists places an emphasis on the pharmacist to respond to these concerns by ensuring the safe, effective, appropriate and economic use of their medications.

This role is more patient-oriented than the traditional product-focused role. The extended role of the pharmacist has been endorsed by the World Health Organization, the independent Nuffield Inquiry in Great Britain, the recent Lowy Inquiry in Ontario, and the Inspector General's report in the U.S.A. Such endorsement is understandable, given the benefits that have been shown to accrue as a result of activities involved with this role.

These activities are numerous and include drug information services, drug utilization review programs, monitoring pharmaco-therapy in individual patients, clinical pharmaco-kinetics, formulary management, and patient counselling. Such activities, when integrated with medical and nursing care, have reduced drug costs. They have improved the safety of drug treatment and have contributed to appropriate drug use.

Many of these activities first take place in the hospital and then move into the community practice. Additional services in the community would include advisory services to long-care facilities, home health care, the promotion of self-care and health promotional activities.

We know that the committee is interested in the implications of the aging population. A number of innovative services have been specifically tailored for seniors. Some examples of these would be the brown-bag clinical review programs that are common in British Columbia and in Toronto.

Inappropriate drug therapy can often lead to institutionalization of an elderly person. Monitoring their pharmaco-therapy to prevent this use is an important service that can help the elderly person to retain their independence in the community.

Realization of these benefits associated with the pharmacist's extended role is limited by a number of constraints. These can broadly be classified as economic, social, educational and professional. The issue of human resources is a continuous thread linking these constraints together. Action in this area is where we believe the federal government can play a role.

[Translation]

Mais le changement le plus important est celui qui a trait au rôle du pharmacien ou de la pharmacienne. Le patient à qui l'on prescrit un nouveau médicament éprouve souvent une triple inquiétude: le produit va-t-il faire de l'effet? Va-t-il coûter cher? Peut-il avoir des effets nocifs? Dans le cadre de ses responsabilités cliniques, le pharmacien doit répondre à cette triple préoccupation en veillant à ce que les médicaments qu'il délivre ne sont pas nocifs, qu'ils sont efficaces et qu'ils répondent effectivement à la condition du patient et, troisièmement, que leur coût n'est pas trop élevé.

C'est ainsi que le pharmacien en arrive à axer son action beaucoup plus qu'autrefois sur le patient et moins sur le produit. Cet élargissement du rôle traditionnel du pharmacien a reçu l'aval de l'Organisation mondiale de la santé, et a été confirmé par l'enquête indépendante menée par la commission Nuffield en Grande-Bretagne, par l'enquête Lowy, qui s'est déroulée récemment en Ontario ainsi qu'aux États-Unis, et par le rapport rendu par l'inspecteur général. Cette adhésion au nouveau rôle reconnu au pharmacien n'est guère surprenant, étant donné les avantages qu'on en attend.

Ainsi, la pharmacie nouvelle comprend l'information pharmaceutique, l'étude de la consommation de produits pharmaceutiques, le suivi pharmacothérapeutique des patients, la pharmacocinétique clinique, la gestion des ordonnances et les conseils aux patients. Intégrés aux soins médicaux et infirmiers, ces aspects-là de l'activité pharmaceutique ont permis de réduire le coût des médicaments. Cela a également permis d'assurer une plus grande sécurité des traitements pharmaceutiques et de contribuer à une meilleure adéquation entre condition médicale et traitement pharmaceutique.

Ces nouveaux aspects de l'activité pharmaceutique se sont généralement développés en milieu hospitalier pour s'étendre petit à petit. Les pharmaciens sont également à même de faire bénéficier de leurs conseils les établissements de soins à long terme, les spécialistes des soins médicaux à domicile. Il s'agit également d'encourager la population à mieux prendre soin d'elle-même et à assumer ses responsabilités en matière de santé.

Votre comité s'intéresse, bien sûr, aux effets du vieillissement de la population. Or plusieurs nouveaux services s'adressent particulièrement aux personnes du troisième âge. On peut citer, à cet effet, les programmes d'examen clinique en externat qui se sont multipliés en Colombie-Britannique ainsi qu'à Toronto.

La prise de médicaments contre-indiqués ou de médicaments mal adaptés à son état de santé peuvent imposer l'hospitalisation d'une personne âgée. En assurant le contrôle du déroulement des traitements pharmaceutiques, on arrive à limiter le nombre de ces incidents et à aider les personnes âgées à conserver leur indépendance.

L'élargissement du rôle du pharmacien et les avantages qui en découlent sont, cependant, limités par un certain nombre de contraintes. Celles-ci sont essentiellement de nature économique, sociale, éducative et professionnelle. Ces divers aspects de la question sont reliés aux hommes et aux femmes qui choisissent cette profession. À cet égard, nous estimons que le gouvernement fédéral aurait un rôle utile à jouer.

[Texte]

While pharmacy human resources relative to prescription workload and the population levels have remained relatively constant since 1981, definite shortages of pharmacists have been identified in several provinces. Several factors may be responsible for this shortage, and these include the increasing feminization of the profession, the trend to longer opening hours, and the growth in the demand for hospital pharmacists. The latter reflects the increase in staff levels associated with the development of clinical pharmacy in hospitals.

• 1030

To meet demands created for more pharmacy services, greater use has been made of the pharmacy technician. Increased delegation of routine functions has given pharmacists the time to concentrate more on patient-care activities. In the community, defining the role of the pharmacy technician is crucial to development of such activities. Even so, the widespread availability of high quality clinical services is likely to be restricted, with some increase in the number of graduates.

Given the success of Bill C-22, the prospect of a growing pharmaceutical industry in Canada is also a factor which may lead to the need for further pharmacy graduates. The recommendation for an additional faculty of pharmacy in Ontario made in the fourth interim report could help, but further research is needed on the distribution of pharmacists and the relative relationship between the production and shortages in individual provinces.

While increasing the number of graduates and delegating routine tasks to technicians will increase the availability of pharmacists' time, it is still necessary to ensure that such time is used effectively. Effectiveness is largely dependent on competent problem-solving and more needs to be done in post-graduate training and continuing education to develop the appropriate skills.

The development of more professional training programs, the so-called residencies, are urgently needed in hospital and community practice. The post-graduate training program needs to be encouraged by the establishment of recognized degree programs leading to the Doctor of Pharmacy degree.

Economics is also a constraint. Reimbursement in community pharmacies solely on the basis of dispensing a product does not provide any incentive to the pharmacist to promote appropriate drug use, since appropriate use often leads to reductions in drug usage. Also in self-care, the provision of health-care advice is not remunerated. Pharmacists only earn money when they sell a product. While many pharmacists routinely give free advice as a basis of their professional service, the presence of a financial incentive to sell a product creates a conflict in this area, particularly in relation to the elderly. Further research into alternative schemes of reimbursement is necessary.

[Traduction]

La charge de travail des pharmaciens est restée à peu près stable depuis 1981, mais il y a, dans plusieurs provinces, une pénurie de pharmaciens. Cette pénurie est due à plusieurs facteurs, notamment la féminisation croissante de la profession, l'extension des heures d'ouverture des pharmacies, le nombre croissant de pharmaciens optant pour le milieu hospitalier, phénomène lié au développement de la pharmacie clinique au sein des hôpitaux.

Pour répondre à la demande en matière de services pharmaceutiques, on s'en remet de plus en plus aux techniciens en pharmacie. Les tâches ordinaires leur sont plus souvent déléguées afin de permettre aux pharmaciens de se consacrer aux patients. Pour que cette tendance puisse se poursuivre sans inconvénients, il conviendra de définir de manière plus précise le rôle des techniciens en pharmacie. Même ainsi, et malgré une augmentation du nombre des diplômés, on risque de manquer de pharmaciens.

Le succès du projet de loi C-22 devrait contribuer à l'expansion de l'industrie pharmaceutique canadienne et donc entraîner un accroissement des besoins en pharmaciens diplômés. La création d'une nouvelle école de pharmacie en Ontario, recommandation inscrite au quatrième rapport provisoire, serait utile, mais il conviendrait de procéder à des études permettant de mieux cerner la répartition territoriale des pharmaciens et le rapport existant, dans certaines provinces, entre production et pénurie.

L'augmentation du nombre des diplômés et la délégation, à des techniciens, des tâches ordinaires laissera au pharmacien plus de temps pour vaquer aux activités que lui seul est en mesure d'assurer, mais encore faudrait-il que ce temps soit utilisé de manière efficace. Or, l'efficacité dépend en grande partie de l'aptitude à résoudre les problèmes qui se posent et, à cet égard, il faudra multiplier les efforts de formation permanente en faveur des pharmaciens en exercice.

Il est nécessaire de multiplier les programmes de formation professionnelle, qu'on appelle des internats, en milieux hospitalier et communautaire. Il faudra également encourager les programmes de formation de troisième cycle en créant une filière menant au doctorat en pharmacie.

Il faut tenir compte aussi des contraintes économiques. Si, dans les pharmacies communautaires, le pharmacien est payé en fonction des médicaments qu'il délivre, il n'est guère encouragé à en favoriser une utilisation appropriée, puisque un tel contrôle entraîne souvent une baisse de la consommation. De même, le pharmacien n'est pas rémunéré pour les conseils qu'il offre aux personnes surveillant leur propre traitement. Les pharmaciens ne sont rémunérés que lorsqu'ils vendent un produit. Il est vrai qu'ils sont nombreux à offrir souvent gratuitement leurs conseils, mais le bénéfice que procure la vente d'un produit crée une sorte de conflit, et cela est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de personnes âgées. C'est pourquoi nous estimons qu'il faudrait examiner davantage les diverses formules de paiement qui pourraient être envisagées.

[Text]

Effective decisions in patient care depend upon the availability of pertinent information. Greater sharing of information between health-care professionals in the community is necessary. A system needs to be established to facilitate the exchange of information, particularly clinical information on diagnosis between pharmacist and the prescriber. Issues relating to patient confidentiality can be solved and advances in modern communication technology may help.

Against this background, we bring you specific recommendations in five areas: research, employment conditions, education and training, accessibility of services in rural areas, and responses to the aging population.

Further research is essential, particularly in relation to human-resource issues, accessibility of services, and services for the elderly. We would urge strong support to at least maintain and, where possible, increase funds available for health service research through the National Health Research Development Program, NHRDP.

As an association, we have undertaken an initiative by appointing a national research director, Dr. Poston, to facilitate and co-ordinate research efforts, but the availability of research funding needs to increase. We have supported the work of the Canadian Coalition on Medication Use and the Elderly and feel that support for this area should be maintained.

Given the increasing proportion of women within our profession, we feel that it is important that work continues to establish mechanisms to allow members of society to effectively combine work with family responsibilities. Work needs to be done to define and standardize the role and training of the pharmacy technician.

• 1035

Faculties of pharmacy in Canada have been centres of excellence for research in the pharmaceutical sciences and have made progress in introducing elements of practice into the undergraduate curricula, which currently is of five years in duration. But funding arrangements need to be established to facilitate the integration of education, practice and research by the creation of additional appropriately funded, joint practice faculty appointments. Additional funding should be made available to support innovations in professional and continuing education.

Finally, elderly patients should be encouraged to consolidate their pharmacy services by using one pharmacy in order that complete patient medication records may be kept for that person. As well as reducing duplication of medication, this can assist in the detection of unwanted drug interactions.

[Translation]

La qualité d'une décision prise à l'égard d'un patient dépend de la qualité des renseignements détenus. C'est pourquoi il faudra que les professionnels de la santé multiplient, entre eux, les échanges d'information. Il faudrait créer un système facilitant cet échange, surtout en ce qui concerne le diagnostic, que le médecin devrait indiquer à l'intention du pharmacien. La confidentialité des renseignements médicaux ne pose pas d'obstacles insurmontables, et les nouvelles techniques de communication peuvent faciliter les échanges d'information.

C'est donc dans ce contexte général que nous aimerions formuler des recommandations précises touchant cinq domaines: la recherche, les conditions d'emploi, l'éducation et la formation, l'accès aux services pharmaceutiques dans les zones rurales et les solutions à envisager vis-à-vis du vieillissement de la population.

Il va falloir multiplier les études sur l'utilisation des ressources humaines, l'accès aux services et les services aux personnes âgées. Le gouvernement devrait augmenter et, à tout le moins, maintenir à leur niveau actuel les crédits affectés à la recherche dans le cadre du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, le PNRDS.

Notre association a pris l'initiative de nommer un directeur national de la recherche, le docteur Poston, chargé d'encourager et de coordonner les efforts de recherche, mais il convient d'augmenter les crédits de recherche. Nous avons soutenu, jusqu'ici, l'activité de la Canadian Coalition on Medication Use and the Elderly et nous estimons que cet appui devrait se poursuivre.

Etant donné la proportion croissante de femmes au sein de notre profession, il nous semble important de poursuivre les efforts afin de créer les mécanismes permettant de concilier l'exercice d'une profession et l'exercice de responsabilités familiales. Il va également falloir effectuer les travaux nécessaires à une meilleure définition et normalisation du rôle et de la formation du technicien en pharmacie.

Les écoles de pharmacie canadiennes jouissent d'une excellente réputation en matière de recherche en sciences pharmaceutiques. Elles ont, de plus, réussi à ajouter au programme d'études, qui est actuellement de cinq ans, des cours d'initiation à la vie professionnelle. Mais il faudra augmenter les crédits si l'on veut mieux intégrer l'éducation, la pratique et la recherche en nommant, dans le corps professoral, des personnes ayant l'expérience de ces divers domaines. Les écoles de pharmacie ont également besoin de crédits supplémentaires pour faire avancer l'éducation permanente et la formation professionnelle.

On devrait, en dernier lieu, encourager les patients d'un certain âge à fréquenter une seule pharmacie afin que l'on puisse centraliser leur dossier pharmaceutique. Cela permettrait à la fois de réduire le nombre de traitements doubles et de mieux déceler les effets néfastes de combinaisons médicamenteuses incompatibles.

[Texte]

Mr. Chairman, that concludes the formal first part of our presentation. Copies of this can be made available to the committee members afterwards, and if you have any questions on this or on our written submission, which you have before you, we will be most pleased to do our best to respond.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Fevang. We do appreciate the presentation you have given us.

Before going to our first questioner, I would ask you to comment on this. On page 5, you say:

Given the success of Bill C-22, the prospect of a growing pharmaceutical industry in Canada is also a factor which may lead to a need for further pharmacy graduates.

As you are aware, that bill did have considerably difficulty, both in the House and the Senate, prior to receiving royal assent. Could you just comment briefly on how that bill has affected the industry since that time and on how it may proceed in the future relative to the impact it may have?

Dr. Fevang: We included that under the section of human resources because we have noticed that industry is now employing more pharmacists than previously. This is primarily in the area of drug information, which they provide. We attribute this partly to the requirements that flow from Bill C-22. In a sense we look upon them as competition for the use of pharmacists in this area. That is the main reason we have included that reference here.

Mrs. Clancy: Gentlemen, let me welcome you to the committee before I go on the attack.

I will refer you to page 8, and I am sure it is just an oversight in the brief. Under the question of feminization, I find a faintly pejorative tone, which I am sure you do not want to have there. It says:

Research has shown that women work fewer hours per week than men and that a greater proportion of women are in part-time work or no work compared with men.

I am sure that, given your comment later during your presentation, this would perhaps be improved if you noted the larger domestic burden upon women, which is basically the cause of those differences.

Secondly, one of the things about which I think you are not quite tooting your own horn enough in this area. . . It just so happens that I have had students living in my house in my riding for the past several years who have been pharmacy students, both of whom talked about the fact that in the profession of pharmacy it has been made somewhat easier for women in that there is perhaps not. . . I would not go so far as to say job sharing, but that because of the shortage and the

[Traduction]

Monsieur le président, voilà qui termine notre exposé. Nous en tenons des copies à la disposition des membres du Comité, et si certains d'entre vous ont des questions à poser, soit à l'égard de l'exposé soit à l'égard du mémoire que nous vous avons remis, nous ferons notre mieux pour y répondre.

Le président: Merci, docteur Fevang, de cet exposé que vous venez de prononcer.

Avant de passer la parole au premier interrogateur, je vais vous demander de nous fournir une explication. À la page 5, vous déclarez que:

étant donné le succès du projet de loi C-22, l'expansion de l'industrie pharmaceutique canadienne devrait également accroître les besoins en pharmaciens diplômés.

Comme vous le savez sans doute, ce projet de loi, avant de recevoir la sanction royale, s'est heurté à de nombreux obstacles aussi bien devant la Chambre qu'au Sénat. Pourriez-vous nous expliquer brièvement les effets que cette loi a eus sur l'ensemble de l'industrie pharmaceutique et les effets qu'elle est appelée à avoir à l'avenir?

M. Fevang: Nous en avons traité au chapitre des ressources humaines, car nous nous sommes aperçus que l'industrie pharmaceutique employait maintenant plus de pharmaciens qu'auparavant. Cela est principalement lié à l'augmentation de l'information consentie par les industries pharmaceutiques. D'après nous, cela est en partie dû aux exigences du projet de loi C-22. Dans une certaine mesure les entreprises pharmaceutiques font à cet égard concurrence aux pharmacies. C'est pourquoi nous avons évoqué la question.

Mme Clancy: Messieurs, avant d'attaquer, je tiens à vous souhaiter la bienvenue.

J'attire votre attention, à la page 18 de votre mémoire, sur quelque chose qui s'y est sans doute glissé par inadvertance. Je trouve que le phénomène de la féminisation croissante de la profession pharmaceutique y est traité sur un ton un petit peu condescendant. Je suis certaine que ce n'était pas votre intention. Voici le passage:

Les recherches ont démontré que les femmes travaillent moins d'heures par semaine que les hommes et que, comparativement aux hommes, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à travailler à temps partiel ou à ne pas travailler du tout.

Étant donné ce que vous avez dit par la suite, je suis persuadée qu'on peut améliorer le ton de ce passage en rappelant les responsabilités familiales plus lourdes qu'assument les femmes et qui expliquent en grande partie cette différence que vous avez pu constater.

Je pense, en deuxième lieu, que vous ne faites pas assez de publicité. Car depuis plusieurs années, je partage la maison que j'occupe dans ma circonscription avec des étudiantes en pharmacie. Elles m'ont toutes les deux dit que l'exercice de la profession de la pharmacie avait été facilité au cours des dernières années parce que les grandes chaînes pharmaceutiques et les hôpitaux essayaient d'accroître leur recrutement en assortissant les postes offerts de conditions de

[Text]

increased feminization of the profession, if not on a national level through your organization, individual organizations, be they drug store chains or hospitals or whatever, are attempting to recruit by making up packages for women that make the jobs more attractive. I was thinking if you could note that, as I am sure you are aware of it, it would not make feminists like myself react overly to a statement such as I found in there. I wonder if I could have your comment.

Dr. Fevang: Yes. Certainly it was not intended to be that way.

Mrs. Clancy: I am sure of that.

Dr. Fevang: Women have been such a part of pharmacy for so long that we tend to take this process for granted and do not talk about it as much as perhaps we should. Certainly in the last good number of years the majority of pharmacy students have been female, and so although the percentage of pharmacists in the population as a whole is still slightly more male oriented than female, that is catching up rather quickly. There are very few barriers to entry. The salary scales and all of that would really support the same oneness. A pharmacist really is a pharmacist regardless of sex.

• 1040

Mrs. Clancy: When you talk about the need for study on the impact of women in the profession, to save your organization some time there are a significant number of studies through the various women's groups, the National Advisory Council, and provincial advisory councils across the country, which I am sure would relate equally to women pharmacists and their particular needs. The needs of women in the work force tend to be pretty much the same no matter what the areas are.

Given the number of women I see working in the pharmacy sections of the larger chains—I am thinking of Shoppers Drug Mart, and a chain like Lawton's in Atlantic Canada now owned by Sobey's—I have not heard much from those organizations, those corporations, if you will, when it comes to talking to parliamentary committees or task forces dealing with the role of women in the work force. Given in a sense that there is a strange silence from organizations that are going to be increasingly hiring women in professional capacities, I am wondering if you have a relationship that could bring them into this mainstream a bit more forcefully.

Dr. Fevang: We represent all pharmacists in all provinces, so in a sense their silence is felt to be reflected by our voice nationally, and in Nova Scotia by the two pharmacy organizations in that province. It is rather interesting you should say this because most recently they are trying to form a national association of chain drug store pharmacists, and if this does become a reality they would become a part of our organization and their voice would be reflected.

I do not know if there are any really perceptible differences, though, in the employment patterns and practices in chains as compared with the independents.

Mrs. Clancy: Perhaps not.

[Translation]

travail mieux adaptées. On ne peut pas vraiment parler d'emploi partagé, mais la pénurie de pharmaciens diplômés et la féminisation croissante de la profession ont favorisé un certain nombre d'initiatives privées en ce sens. Je pense que si vous vous rendiez compte de cet aspect de la question, que vous n'ignorez sans doute pas d'ailleurs, vous éviteriez de faire bondir la féministe que je suis au détour d'une phrase telle que celle que je viens de vous citer.

M. Fevang: Il est bien évident que ce n'était pas mon intention.

Mme Clancy: J'en suis moi-même certaine.

M. Fevang: Les femmes ont depuis tellement longtemps leur place en pharmacie que nous avons peut-être tendance à trouver cela naturel et à ne pas en parler autant que nous devrions le faire. Depuis plusieurs années déjà, les femmes sont majoritaires chez les étudiants en pharmacie. Les pharmaciens restent largement majoritaires par rapport aux pharmaciennes, mais cela change rapidement. L'accès à la profession est assez ouvert, les salaires sont les mêmes, et les différences sont rares. En fait, c'est le diplôme qui compte et non le sexe du titulaire.

Mme Clancy: Vous avez évoqué le besoin d'étudier l'influence des femmes dans la profession. Je peux vous dire, pour vous épargner du temps, que le Conseil consultatif canadien, diverses organisations de femmes et les conseils consultatifs provinciaux des diverses régions du Canada ont déjà effectué bon nombre d'études qui s'appliquent sans doute aussi aux pharmaciennes et aux besoins qui leur sont propres. En effet, les besoins des femmes qui exercent un métier sont sensiblement les mêmes partout.

Étant donné le nombre de pharmaciennes employées par les pharmacies à succursales—je pense surtout aux principales telles que Shoppers Drug Mart, Lawton dans les régions atlantiques, depuis passée sous le contrôle de Sobey—ces organisations, ces entreprises ne semblent guère se bousculer pour comparaître devant les comités parlementaires ou pour participer à l'action des groupes de travail s'intéressant au rôle des femmes dans la population active. Étant donné ce curieux silence des organisations qui vont devoir de plus en plus faire appel à des femmes, je me demande si vous ne pourriez pas, étant donné les contacts que vous devez entretenir avec elles, les encourager à participer un peu plus à ce qui se fait actuellement.

M. Fevang: Nous représentons les pharmaciens du Canada tout entier; donc j'imagine que leur silence tient un peu au fait que nous nous sommes faits leur porte-parole. Je précise tout de même qu'en Nouvelle-Écosse les pharmaciens sont représentés par deux organisations. Ce que vous dites m'intéresse d'autant plus que les pharmaciens employés par les grandes chaînes ont récemment décidé de former leur propre association nationale. S'ils y parviennent, ils pourront adhérer à notre organisation et se faire entendre.

Mais je ne sais pas vraiment où sont les différences d'emploi entre les chaînes et les pharmacies indépendantes.

Mme Clancy: Peut-être n'y en a-t-il guère.

[Texte]

Dr. Fevang: I will refer to Dr. Poston. He could respond to that and maybe to some of the other points that you have made about research.

Dr. Jeff Poston (Research Director, Canadian Pharmaceutical Association): The thing here with women in pharmacy is that women pharmacists have always enjoyed equal pay to male pharmacists—

Mrs. Clancy: And believe me, let me make note that is a major good point.

Dr. Poston: That is right. That has been an issue in other occupations.

Mrs. Clancy: Indeed it has.

Dr. Poston: There has always been equal pay. In the profession of pharmacy in the community, by its very nature. . . We mention in our submission the trend to longer opening hours—flexible hours of working have also become an essential sort of requirement of practice, and so a lot of the things that may be perceived as great benefits to women in employment in other occupations have, for a number of years, been the norm, as you mentioned, within pharmacy. Within pharmacy we have never seen it as being a great issue. There has always been equality and that has been the way.

We had our recent conference in Saskatchewan and I was impressed there by the proportion of senior executives within the chains who are women, and is one of the aspects that we perhaps want to study a little bit more, to look at the progression of women within the profession up the managerial ladder in the chain stores.

There is a certain amount of research that has been done by a group we are working with in Toronto which in fact shows that some of the most dissatisfied women in pharmacy are actually women who are managers of sizeable stores. There are pressures for them in terms of combining family with their responsibilities, so that may be an area where there is a need to explore things.

• 1045

Mrs. Clancy: I guess what I am saying, gentlemen, is that you should be tooting your own horn more. If we heard more about this, with pharmacy as an example, then the unfortunately too widely held concept that the feminization of any profession means everyone is going to turn into a pumpkin could perhaps be dispelled.

Dr. Poston: The other good thing is that research carried out shows—I suppose altruism is perhaps too much of a word—that in Quebec women pharmacists actually spend more time in contact with patients. They are more clinically oriented. They are quite happy to spend more time talking to patients and giving health care advice than are male pharmacists. So there are health care benefits, if you like, associated with the increased proportion of women.

The Chairman: Mr. Axworthy, just for the committee's benefit, I cannot extend past the hour. I thought we could perhaps sneak a little extra time, but another committee is booked for the room at 11 a.m. So please use your time as judiciously as you can.

[Traduction]

M. Fevang: Permettez-moi de passer la parole au docteur Poston. Il pourra répondre à cela et aussi à certaines autres questions touchant l'effort de recherche.

M. Jeff Poston (directeur de la recherche, Association pharmaceutique canadienne): Les pharmaciennes ont toujours eu l'égalité de salaire par rapport aux pharmaciens.

Mme Clancy: Voilà un détail qui a toute son importance.

Dr Poston: Effectivement. Nous avons échappé au problème qui continue de sévir dans les autres professions.

Mme Clancy: Je ne vous le fais pas dire.

Dr Poston: Il y a toujours eu égalité de salaire. La pharmacie, telle que nous la connaissons, est restée. . . Dans notre mémoire nous avons rappelé la tendance actuelle à l'extension des heures d'ouverture—cela impose donc des horaires flexibles, et en pharmacie, les femmes bénéficient déjà de tous ces avantages que réclament les femmes des autres professions. En pharmacie, tout cela n'a jamais posé de problème, car depuis longtemps l'égalité est de rigueur.

Lors de notre récente conférence, qui s'est tenue cette année en Saskatchewan, j'ai été frappé par le nombre de femmes occupant des postes de direction au sein de chaînes pharmaceutiques. Je pense que nous aurions tout intérêt à examiner l'avancement professionnel des femmes au sein des chaînes pharmaceutiques.

Selon les études menées par un organisme avec lequel nous collaborons à Toronto, les pharmaciennes les moins satisfaites sont en général celles qui sont gérantes d'une grande pharmacie. Leurs responsabilités professionnelles s'accordent difficilement avec leurs responsabilités familiales, et je pense qu'il faudrait peut-être accorder plus d'attention à cet aspect de la situation.

Mme Clancy: Messieurs, je pense que vous devriez mieux faire votre publicité. Ce que vous venez de dire devrait être plus largement connu. Cela permettrait de corriger cette curieuse idée que la féminisation d'une profession est un signe avant-coureur de sa dégradation.

M. Poston: Il convient également de signaler que d'après les recherches effectuées, les pharmaciennes du Québec consacrent plus de temps aux patients que les pharmaciens. Je ne sais pas si l'on devrait parler d'altruisme, mais il semble que les femmes soient effectivement plus motivées en ce sens. La conversation avec le patient, le conseil de santé semblent leur donner plus de satisfaction qu'ils n'en donnent aux pharmaciens. C'est dire que la proportion croissante de pharmaciennes devrait également contribuer à l'amélioration de l'état de santé général.

Le président: Monsieur Axworthy, je dois dire que le comité ne pourra pas poursuivre sa séance après l'heure convenue. J'avais pensé que nous pourrions peut-être prolonger un peu la séance, mais j'apprends qu'un autre comité occupera la salle à 11 heures. Je vous demande donc d'utiliser au mieux le temps qui nous reste.

[Text]

Mr. Axworthy: Thank you for your report. It helps us a lot when we have such a detailed report setting out information and suggestions in this precise way.

As well as health critic, I am also my party's post-secondary education critic. I have a question that sort of fits the two together.

In my travels across the country, I have met with pharmacy academics. They have voiced to me their considerable concern about antiquated equipment, research laboratories, and so on, and finding that they are not being chosen for research projects. The pharmaceutical companies themselves have more up-to-date equipment. They do not want to use the local pharmacy or the department of pharmacy in the universities.

I have noticed before the recommendation that there be another college of pharmacy or faculty of pharmacy. Do you have any comments about the commitment we have seen in our universities and through our university system about the training of pharmacists within those universities and the research on pharmacy done there?

Dr. Fevang: Funding of the faculties is an increasing problem. As they split up that educational dollar, pharmacy has experienced great restraint, even though it is a growth area. We believe it is also a very cost-effective area within health care.

The faculties are trying to respond to that in a number of ways. They have gone out to the profession for funding mechanisms. As they split up the provinces have raised a considerable amount of money for the faculties of pharmacy to help the deans face their dilemma in that particular way. Manitoba, in particular, certainly has helped out Dr. Steele considerably.

Dr. Poston: On the question of research, I think the realities are that doing basic fundamental research—if you are into biotechnology or whatever—requires a large investment.

We are almost at a stage where funding for universities for basic research is outstretched. The requirement to conduct good basic research is outstretched. The cost is outstretched for what has been traditionally available. So I think we have seen a trend where universities are more involved in applied research and basic research is being done more and more by the pharmaceutical houses.

There clearly is a need to increase funding for, as you say, fundamental large-cost research equipment. Probably there needs to be some developments within the universities themselves. I know that different faculties, particularly in the pure science areas, are looking toward sharing facilities and sharing large-cost equipment.

That is certainly a trend now. I guess there is going to be more of a development along those lines in the future, with possibly greater links between individual faculties and particular pharmaceutical companies. I think that area is going to grow.

Mr. Axworthy: I would just like to pick up on one point you raised related to a question I wanted to ask with regard to pharmacy and pharmaceutical services being cost-effective. I would tie it to the prescription drug plan we have in

[Translation]

M. Axworthy: Je vous remercie de ces précisions. Cela nous aide beaucoup lorsque nous devons étudier un rapport aussi détaillé que celui-ci, avec toutes les informations et les propositions qu'il renferme.

Je suis le critique de mon parti non seulement en matière de santé mais aussi en éducation post-secondaire. La question que j'aimerais vous poser recoupe un peu ces deux domaines.

À l'occasion de mes déplacements, j'ai pu rencontrer des professeurs de pharmacie. Ils m'ont dit combien ils s'inquiétaient de la vétusté des équipements et des laboratoires de recherche. Ils s'aperçoivent avec consternation qu'on ne leur confie guère de projet de recherche. En général, les compagnies pharmaceutiques disposent d'un équipement beaucoup plus moderne et n'ont guère recours aux écoles de pharmacie.

On a déjà évoqué devant moi l'idée de créer une nouvelle école de pharmacie. Avez-vous des commentaires à faire sur les études de pharmacie dans nos universités et sur la recherche que l'on y fait?

M. Fevang: Les écoles de pharmacie manquent d'argent. Les subventions à l'éducation sont insuffisantes, et malgré son importance, la pharmacie a beaucoup souffert des coupures imposées. Or, pour nous, la pharmacie représente, dans le domaine des soins médicaux, un secteur particulièrement rentable.

Les écoles de pharmacie continuent à chercher des solutions. Elles ont demandé l'aide financière, des pharmaciens en exercice, et plusieurs provinces y sont allées de leurs contributions. Le Manitoba, en particulier, a beaucoup aidé le docteur Steele.

M. Poston: La recherche fondamentale—en biotechnologie ou dans d'autres domaines—exige beaucoup d'argent, et c'est là tout le problème.

Déjà, dans tous les domaines, la recherche fondamentale universitaire est en difficulté. Les investissements nécessaires aux travaux de recherche fondamentale sont presque démesurés et dépassent les crédits disponibles. Ce qui semble donc se passer, c'est que les universités font de plus en plus de recherche appliquée, et la recherche fondamentale devient de plus en plus le fait des entreprises pharmaceutiques.

Vous avez raison de dire qu'il faudrait accroître le budget d'équipement destiné à la recherche fondamentale. Je pense que les universités elles-mêmes devraient faire un effort en ce sens. Je sais que les diverses facultés, notamment celles qui se consacrent aux sciences fondamentales, tentent de collaborer plus largement avec les facultés voisines et de partager le coût des équipements onéreux.

C'est un phénomène que l'on peut constater. Je pense que cela est appelé à se poursuivre, les écoles de pharmacie multipliant les liens avec les entreprises pharmaceutiques. Je pense qu'il s'agit d'un phénomène durable.

M. Axworthy: Je voulais aussi reparler de la rentabilité sociale de la pharmacie. Je fais le lien avec le régime de remboursement des médicaments délivrés sur ordonnance mis en place en Saskatchewan et, je pense aussi, au Manitoba.

[Texte]

Saskatchewan—and Manitoba, I guess. It provides prescription drugs to all residents with a fee of \$125 per year. You pay the first \$125; after that, drugs are free. Prior to the introduction of the \$125 it was essentially free for everyone. That sort of brings you more into the health care system, because we are providing the prescription drugs that you supply for nothing. This is similar to physicians supplying their services, not for nothing, but paid for through the tax system.

• 1050

Would you give us some indication of your organization's view about the importance of prescription drug plans of that sort, not just the ones to welfare recipients—

Dr. Fevang: Do you mean universal drug plans?

Mr. Axworthy: Yes.

Dr. Fevang: Any drug plan is good. The problem is that the people who fall between the cracks are not covered under a specific drug plan. But this is where universal programs fill the gap. Certainly it gives patients access to medications, which as I indicated is the most cost-effective tool physicians have at their disposal in treating many of the health conditions they face.

Our effort is to try to improve that effectiveness through more appropriate drug utilization—reduced duplication of the medication being used, and making it as specific as possible for those indications of use. The cost-effectiveness is there, but pharmacy services have not been utilized.

The universal drug plan has been product-focused rather than service-focused. We feel there are more benefits if as well we can put an emphasis on service. There are instances when medications are prescribed that may not be in the patient's best interests, through duplication of medications or for a number of valid reasons. The system does not allow for that. In fact, it is a disincentive for pharmacists to provide those kinds of cares which would maximize the system.

Mr. Axworthy: In terms of duplication in the drugs a person might be using, we sometimes see quite horrifying numbers of the average number of drugs taken by a person over 65 years of age and the number of hospitalizations as a result of conflicts between drugs.

You pointed out some of the problems. People go to more than one doctor, and they also go to more than one pharmacist. But if you are the one pharmacist a patient goes to, what power and what rights do you have or do you utilize to deal with that potential problem? You have to make some guesses, I guess, but what would you do under those circumstances?

[Traduction]

Ainsi, les résidents de ces provinces peuvent se procurer, contre un versement unique de 125 dollars par an, tous les médicaments que leur prescrira leur médecin. Vous n'avez qu'à régler les 125 premiers dollars, après cela les médicaments sont gratuits. Avant l'adoption de ce ticket modérateur de 125\$, les médicaments étaient en fait gratuits. Ceci nous fait participer davantage au système de soins médicaux puisque nous délivrons gratuitement les médicaments que vous nous fournissez. C'est un peu comme les médecins qui exercent non pas gratuitement, mais qui sont rémunérés sur fonds publics.

Quel est le point de vue de votre organisation à l'égard de ce genre de régime pharmaceutique qui ne restreint pas la délivrance gratuite de médicaments aux personnes inscrites au bien-être social.

M. Fevang: Vous voulez parler de la gratuité des médicaments?

M. Axworthy: Oui.

M. Fevang: Tout régime d'assurance-médicaments est bon. L'inconvénient est que certains n'y ont pas accès. Mais la gratuité des médicaments comblerait les lacunes. Ce genre de régime permet à chacun d'avoir les médicaments dont il a besoin, ce qui, ainsi que le disais tout à l'heure, est un des outils médicaux les plus rentables.

Votre association essaie d'améliorer l'efficacité des médicaments par une utilisation plus précise. L'objet est, premièrement, de réduire le double usage et, ensuite, de délivrer des médicaments de mieux en mieux adaptés aux divers états cliniques. Sur le plan médico-social, la pharmacie est une activité rentable, mais sous-utilisée.

Lorsqu'on évoque la gratuité des médicaments, on semble toujours parler du produit pharmaceutique et non du service pharmaceutique. Or nous pensons qu'il convient d'accorder une plus grande importance à ce deuxième aspect de l'équation pharmaceutique. Parfois les médicaments prescrits ne correspondent pas aux besoins du patient, soit parce que ce médicament va faire mauvais ménage avec un autre médicament soit pour une autre raison. Or le système que vous évoquez passe sous silence cet aspect-là de la chose. En fait, le système que vous avez décrit a plutôt tendance à décourager le pharmacien de fournir des types de soins et de conseils susceptibles de contribuer à un système de soins médicaux à la fois plus efficace et moins coûteux.

M. Axworthy: En ce qui concerne les mauvais mélanges de médicaments, il est vrai qu'on a parfois cité des chiffres faramineux pour la consommation médicamenteuse des personnes âgées de plus de 65 ans et des statistiques inquiétantes quant aux cas d'hospitalisation dus à des incompatibilités médicamenteuses.

Vous avez évoqué certains de ces problèmes. Le patient consulte plus d'un médecin et fréquente plus d'une pharmacie. Mais en tant que pharmacien, de quel droit et de quelle autorité pourriez-vous faire état pour régler le problème. La part d'incertitude est grande; que convient-il de faire?

[Text]

Dr. Fevang: Most often when you identify a problem of that nature you phone the prescribing physician and bring it to his or her attention. Usually that is all that is necessary. Often it comes from the patient going to more than one physician at a time. Physician A may not know what Physicians B, C, or D are prescribing. This is where a great deal of it is manifested.

Mr. Axworthy: The average number of drugs a senior citizen takes is mind-boggling, is it not?

Dr. Fevang: It certainly is.

Dr. Poston: One of the advantages of a universal plan such as Saskatchewan has is it provides you with a greater opportunity of catching duplication. The teltech terminals they are using now, if a patient already has a similar or the same medicine as the one the pharmacist is trying to dispense at that particular time, because it is a universal system it captures pretty much all of the drug issues that take place in the community in that system, and it alerts the pharmacist.

In systems that are not universal, then pharmacists rely on computerized patient medication profiles. Most pharmacies now have computerized patient medication profiles whereby they can track prescriptions, providing the patient is using the same pharmacy. But we see multi-use of many pharmacies.

On the multiple physician one, there has been little research. But the feedback we get from the field is that it is a problem. Do you contact the family physician? Do you contact the specialist they have been to? You sort of open up the whole sort of issue of the relationship between the family physician and the specialist. It can be difficult.

• 1055

Mr. Wilbee: As pharmacists, do you have any concern about quality control in Canada? Is there adequate testing of pharmaceuticals? When the generics first came out we had all the stories about pills being passed the same way they were taken.

Dr. Fevang: I think those days are behind us now, Dr. Wilbee. There is really very little concern over the actual physical quality of the medication on the market in Canada, be it generic or innovative.

Mr. Wilbee: What about the basic question of drug costs? We used to treat hypertension with phenobarb. Now we are talking about all these drugs that cost \$100 a month. Have we reached the peak in drug costs, or are they going to continue to rise?

Dr. Fevang: I would think it would be nice if we had, but my best guess is no, they are going to continue to rise, particularly as we experience more drug products as a result of biotechnology. That is an area where, as we know, the costs are really breaking new plateaux as each new drug product gets on the market.

[Translation]

M. Fevang: Dans la plupart des cas, on téléphone au médecin traitant pour l'avertir. En général, cela suffit. Souvent le problème surgit avec des patients qui se font traiter par plus d'un médecin. Ainsi, le médecin A ne va pas nécessairement être au courant des médicaments prescrits par le médecin B, C ou D. C'est souvent la cause de ce genre de problème.

M. Axworthy: Vous ne trouvez pas un peu effarant le nombre des médicaments que consomment en moyenne les personnes âgées?

M. Fevang: Tout à fait.

M. Poston: La gratuité des médicaments dans le cadre de régime tel que celui qui a été adopté par la Saskatchewan, a, entre autres avantages, celui de faciliter le repérage de double usage ou des incompatibilités médicamenteuses. Les terminaux teltech installés dans les pharmacies devraient permettre de repérer les cumuls d'ordonnances étant donné que le caractère universel du régime mis en place, permet de connaître à peu près toutes les ordonnances délivrées dans cette juridiction.

Dans les régimes d'assurance-médicaments auxquels l'ensemble de la population n'est pas appelé à participer, les pharmaciens ne peuvent compter que sur le dossier pharmaceutique du patient. La plupart des pharmacies ont informatisé ces dossiers, et cela leur permet de suivre la consommation de médicaments de chacun des patients, mais bien sûr, cela suppose que le patient fréquente toujours la même pharmacie. Or, certains vont de pharmacie en pharmacie.

Certains se font simultanément traiter par plus d'un médecin, mais je ne connais aucune étude portant sur ce phénomène. D'après ce qu'on nous dit, cela constitue pourtant un problème. Faut-il prendre contact avec le médecin de famille? Faut-il prendre contact avec les spécialistes consultés par le patient? Cela risque de poser des tas de problèmes en ce qui concerne la relation entre le médecin de famille et le spécialiste. Cela peut créer des situations difficiles.

M. Wilbee: En tant que pharmacien, êtes-vous préoccupé par la qualité de la production pharmaceutique canadienne? Ces produits sont-ils suffisamment contrôlés? Dans les premiers temps suivant l'apparition, sur le marché, des médicaments sans marque, on racontait que certaines pilules étaient évacuées sans être assimilées par le patient.

M. Fevang: Je pense, monsieur Wilbee, que ce temps-là est résolu. Il n'y a, de nos jours, plus lieu de s'inquiéter de la qualité des médicaments vendus au Canada, qu'il s'agisse de médicament sans marque ou de produits nouveaux.

M. Wilbee: Reste le problème du coût des médicaments? Autrefois, on traitait la tension artérielle à l'aide du phénobarbital; aujourd'hui, les produits utilisés arrivent à coûter 100\$ par mois. La courbe des prix a-t-elle atteint son point culminant ou va-t-on continuer à voir augmenter le prix des médicaments?

M. Fevang: J'aimerais bien pouvoir vous rassurer, mais je pense que le prix des médicaments va continuer à augmenter, d'autant plus que nous sommes prêts maintenant à recueillir les fruits de la biotechnologie. Or, vous savez que dans ce domaine les coûts sont fabuleux.

[Texte]

Dr. Poston: The important thing with drug costs is to recognize that it is not always the cost or price of the drug per se. You can get cheap drugs that can be used inappropriately and that are not cost-effective. Similarly, you can get very, very expensive drugs that if used appropriately can keep people out of hospital or can save the need for surgery and that kind of thing. So a very expensive drug can be a very cost-effective health care intervention. That is something that always has to be borne in mind.

Mr. Halliday: Are there any jurisdictions either in Canada or elsewhere in the world that show more enlightened roles for pharmacists in their health care system than we have here?

Dr. Fevang: We are associated with the International Pharmaceutical Federation, and at their meetings we get an exposure to what is going on in the other countries. There is a whole variety of systems, of course.

But the quality of pharmacy service in Canada really bears up very well when you compare it with what goes on elsewhere in the western world, and even with some of the Scandinavian countries. They have very good systems there, but I do not think we need to feel inferior in our pharmacy services.

Mme Roy-Arcelin: Merci de votre excellent exposé.

Vous dites dans votre mémoire que votre Association considère qu'elle doit jouer un rôle actif dans la réduction de la consommation des médicaments. Pourtant, aujourd'hui, quand on entre dans une pharmacie au Canada ou un peu partout dans le monde, on voit toute une planoplie de médicaments à la portée de tout le monde, des médicaments tout aussi sublimes les uns que les autres qui vous traitent de la racine des cheveux à la plante des pieds.

Cela m'inquiète. Ne trouvez-vous pas que vous encouragez la surconsommation de médicaments? Normalement, on devrait s'en tenir aux prescriptions médicales. L'aspirine, qui est reconnue comme un anticoagulant valable, est à la portée de tout le monde. On sait qu'un mal de tête peut être causé par de la simple fatigue aussi bien que par une tumeur ou de l'hypertension. Il y a tout ce jeu qui se fait. J'aimerais avoir votre opinion là-dessus.

Dr. Fevang: Certainly there are a lot of drug products on the Canadian market, perhaps more than we need. We do live in a free-enterprise system, and as long as that system prevails there is nothing to prevent a company bringing in another product on the market. That is the main response.

The multitude of products emphasizes the need to make sure there is assistance to the public in the proper selection of these medications. I know it can be very complex just going in to buy an analgesic: which is the right one for me? We are all individuals. We are not like machines, and we will react differently to different medications. So it is important that we try to get the most specific medication for ourselves. If you are going to try to do this completely on a self-selection basis it is very confusing. This is why we believe pharmacists should be used more than they are now. We are trying to go towards that goal and objective in our society, where this advice will be more readily available.

[Traduction]

M. Poston: Ce qu'il faut retenir, en matière de coût, c'est que le prix n'est qu'un élément des coûts du traitement médical. Je précise. On peut parfois prescrire un médicament bon marché, qui ne conviendrait guère à l'état du patient et qui ne sera donc pas rentable sur le plan médico-social. A l'inverse, on peut prescrire un médicament extrêmement coûteux qui, bien utilisé, permettra d'éviter l'hospitalisation ou l'intervention chirurgicale. C'est dire qu'un médicament très coûteux peut être, si vous voulez, un bon investissement sur le plan médico-social. Je crois qu'il s'agit là d'un aspect important.

M. Halliday: Y-a-t-il certaines provinces du Canada ou d'autres pays au monde qui ont su ménager aux pharmaciens un meilleur rôle dans le système de soins médicaux?

M. Fevang: Nous appartenons à la Fédération pharmaceutique internationale, et les réunions nous donnent l'occasion de voir ce qui se passe dans les autres pays. Il existe une très grande variété de régimes de soins médicaux.

Je pense que par rapport à ce qui se passe dans les autres pays occidentaux, et même à ce qui se passe dans certains pays scandinaves, la pharmacie canadienne se porte bien. Ces pays-là ont mis en place de très bons régimes, mais je ne pense pas que nous ayons quoi que ce soit à leur envier.

Mrs. Roy-Arcelin: Thank you for your excellent presentation.

In your brief, you mention that your association feels it should play an active role in promoting a reduction in drug use. And yet, go into any drug store, in Canada or elsewhere in the world, and you will find a broad range of medicines accessible to all, sublime drugs that will treat you from the roots of your hair to the tip of your toes.

That worries me. Do you not feel that you are promoting greater drug use? People should normally use only the drugs that their doctor prescribes. Aspirin is a recognized anticoagulant and accessible to all. A headache can be due to either simple fatigue or to a brain tumor or hypertension. That is quite a range. What would be your viewpoint on this question?

M. Fevang: Il y a effectivement beaucoup de médicaments offerts au Canada, et même peut-être trop. Mais nous vivons dans une économie libérale, où rien n'empêche une compagnie d'offrir à la vente ses nouveaux produits. Les choses sont ainsi faites.

Mais la multiplicité des médicaments nous oblige, justement, à aider la public à choisir ceux qui lui conviennent. Je sais que le simple choix d'un produit analgésique peut être compliqué. Comment savoir celui qui nous convient? Nous sommes tous différents les uns des autres et nous réagissons différemment aux divers médicaments. C'est pourquoi il faut que nous tentions d'obtenir celui qui est adapté à nos besoins. Or le profane est mal armé pour décider tout seul. C'est pourquoi je pense qu'on devrait davantage consulter, les pharmaciens. C'est vers quoi tend notre action, car nous voulons élargir le rôle de conseil qui incombe aux pharmaciens.

[Text]

[Translation]

• 1100

The Chairman: Thank you very much. I would like to thank both of you, Dr. Fevang and Dr. Poston, for your appearance before the committee today. We appreciate the testimony you have given us.

A reminder to the committee members that we have a meeting on Thursday at 9.30 a.m. to go over the interim report.

The meeting is adjourned.

Le président: Merci beaucoup. Monsieur Fevang, monsieur Poston, je tiens à vous remercier tous les deux d'être venus témoigner devant le comité. Nous avons écouté votre intervention avec beaucoup d'intérêt.

Je rappelle aux membres du comité que notre prochaine réunion aura lieu jeudi à 9h30. Nous examinerons alors le rapport provisoire.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 9:00 a.m.

From the Canadian Medical Association:

Dr. Marcien Fournier, President;
Dr. William J. Vail, Chairman of the CMA Committee on
Physician Resources;
Dr. Jack O'Hashi, Member of the CMA Committee on Health
Disciplines;
Dr. Peter K. Fraser, Member of the CMA Special Committee
on Professional Liability in Medicine;
Dr. Leo-Paul Landry, Secretary General.

At 10:00 a.m.

From the Canadian Pharmaceutical Association:

Leroy Fevang, Executive Director;
Dr. Jeff Poston, Research Director.

TÉMOINS

À 9 h 00

De l'Association médicale canadienne:

Marcien Fournier, président;
William J. Vail, président du Comité de planification des ef-
fectifs de médecins;
Jack O'Hashi, membre du Comité des disciplines paramédica-
les;
Peter K. Fraser, membre du Comité spécial sur la responsabi-
lité professionnelle;
Léo-Paul Landry, secrétaire général.

À 10 h 00

De l'Association pharmaceutique canadienne:

Leroy Fevang, directeur général;
Jeff Poston, directeur de la recherche.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 37

Thursday, June 14, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 37

Le jeudi 14 juin 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

INCLUDING:

First Report to the House:

Preliminary Report on the health care system and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

Y COMPRIS:

Le premier rapport à la Chambre:

Rapport préliminaire sur le régime de soins de santé au Canada et son financement

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990



STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

REPORT TO THE HOUSE

RAPPORT À LA CHAMBRE

Monday, June 18, 1990

Le lundi 18 juin 1990

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women has the honour to present its

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a l'honneur de présenter son

FIRST REPORT

PREMIER RAPPORT

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), your Committee has held public hearings on the health care system in Canada and its funding and has agreed to submit this preliminary report.

Conformément au mandat que lui confère le paragraphe 108(2) du Règlement, votre Comité a tenu des audiences publiques sur le régime de soins de santé au Canada et son financement et a convenu de présenter ce rapport préliminaire.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

In November 1989, the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women began its hearings for a study on the health care system in Canada and its funding. This project was initiated in the previous Parliament by the National Health and Welfare Committee, under the Chair of Bruce Halliday, M.P. On 13 September 1988, that Committee's *Interim Report on the Canadian Health Care System: Facts and Issues* was presented to the House of Commons. This document provided background information for the present study.

En novembre 1989, le Comité permanent de la Chambre des communes chargé de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a entamé ses audiences dans le cadre de l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement. Cette étude avait été entreprise au cours de la législature précédente par le Comité de la santé nationale et du bien-être social, sous la présidence du député Bruce Halliday. Le 13 septembre 1988, ce Comité a présenté son rapport provisoire intitulé *Rapport intérimaire sur le réseau de soins de santé au Canada : faits et questions à l'étude*. Ce document a servi de fondement à la présente étude.

The present report reflects the views expressed by witnesses and briefs submitted to the Committee and may not represent the views and conclusions of Committee Members.

Le présent rapport reflète les opinions exprimées par les témoins et dans les mémoires soumis au Comité et ne représente pas nécessairement les opinions et conclusions des membres du Comité.

The terms of reference of the study include three major sub-topics relating to the funding of health care:

Le mandat de cette étude comporte trois sous-thèmes principaux ayant trait au financement des soins de santé :

1. the aging population and its impact on the health care system;
2. the accessibility of various types of health care services to all regions and categories of people; and
3. health care human resources: the supply, utilization and geographic distribution of professional and other health care workers.

1. le vieillissement de la population et ses conséquences sur le régime de soins de santé;
2. l'accessibilité des différents types de services de santé dans toutes les régions et dans toutes les couches de la population;
3. les ressources humaines affectées aux soins de santé : le bassin, l'utilisation et la répartition géographique des professionnels et autres intervenants dans le domaine de la santé.

SELECTION OF WITNESSES

CHOIX DES TÉMOINS

From November 1989 until April 1990, the Committee heard evidence from about twenty groups of witnesses, as well as receiving numerous written briefs. These witnesses included the Minister of National Health and Welfare, government officials, university-based researchers who were experts on some aspect of health care, associations of health professionals, medical experts, advisory councils, and advocacy groups.

De novembre 1989 à avril 1990, le Comité a entendu le témoignage d'une vingtaine de groupes de témoins et reçu de nombreux mémoires. Ainsi, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, des représentants du gouvernement, des chercheurs des milieux universitaires spécialisés dans un aspect ou un autre des soins de santé, des associations de professionnels de la santé, des médecins spécialistes, des conseils consultatifs et des groupes de défense ont tour à tour comparu devant le Comité.

Testimony of witnesses thus far suggests the following themes falling roughly under the topics of A) Health Care Funding, B) The Aging Population, C) Accessibility, and D) Health Care Human Resources.

RECURRING THEMES FROM THE WITNESSES

A. Health Care Funding

- ° Some experts to the Committee expressed the view that compared to those of other OECD countries, Canadian health care expenditures are moderate, and the health care system is relatively effective, efficient, and accessible for the money invested (Prof. Fulton, Prof. Contandriopoulos).
- ° It was observed by a number of witnesses that although Canadian health expenditures were among the highest of OECD countries in the 1960s, expenditures have been relatively stable as a percentage of gross domestic product since the 1970s. However, as a percentage of provincial budgets, health expenditures are now rising, and innovative means need to be found to keep them from rising any higher (Dr. McMurtry, Prof. Fulton, Prof. Contandriopoulos).
- ° A variety of witnesses took the position that Canada's health care system is not under-funded, but funds need to be redistributed away from acute care and into health promotion, prevention, chronic care, self-help and community care. Furthermore, in some areas, there is a need to use existing moneys more prudently (Mr. Fyke, VON, Dr. Ley, Prof. Fulton, CACSW, Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine, Canadian Nurses Association, Dr. McMurtry).
- ° It was suggested that more federal leadership is needed in the health policy field in support of the basic principles of health care under the *Canada Health Act*, and to promote health research, and collect national statistics (Canadian Health Coalition, Canadian Co-operative Association, VON, Canadian Nurses Association, CACSW, Prof. Contandriopoulos).
- ° A national health council was suggested for the development of health policy and to monitor funding, expenditures and health innovations (Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine, Consumers' Association of Canada, Prof. Contandriopoulos).
- ° Many witnesses observed anomalies in the health care system associated with overutilization of acute care services and a lack of availability of community-based services and home support infrastructures (Mr. Fyke, VON, Dr. Ley, National Advisory Council on Aging).

Jusqu'à maintenant, les témoignages peuvent être regroupés sous quatre grands thèmes : A) le financement des soins de santé, B) le vieillissement de la population, C) l'accessibilité et D) les ressources humaines affectées aux soins de santé.

THÈMES FRÉQUEMMENT REPRIS PAR LES TÉMOINS

A. Le financement des soins de santé

- ° Quelques experts qui ont comparu devant le Comité sont d'avis que, comparativement aux autres pays de l'OCDE, le Canada engage des dépenses raisonnables au titre des soins de santé, et son régime de soins de santé est relativement efficace, efficient et accessible, compte tenu de l'argent qui y est investi (M^{me} Fulton et M. Contandriopoulos).
- ° Un certain nombre de témoins ont fait remarquer que, même si comparativement à celles des autres pays de l'OCDE, les dépenses relatives aux soins de santé au Canada ont été parmi les plus élevées dans les années soixante, elles ont été, depuis les années soixante-dix, relativement stables en tant que pourcentage du revenu national brut. Toutefois, en tant que pourcentage des budgets provinciaux, elles sont actuellement à la hausse. Il faudra trouver des solutions novatrices pour empêcher que cette tendance se maintienne (D^r McMurtry, M^{me} Fulton et M. Contandriopoulos).
- ° Nombre de témoins adoptent le point de vue selon lequel le régime de soins de santé au Canada n'est pas sous-financé, mais les fonds consacrés aux soins de courte durée devraient être réaffectés à la promotion de la santé, à la prévention, aux soins prolongés, à l'aide fonctionnelle et aux soins communautaires. Il faudrait en outre que nous fassions un usage plus judicieux de l'argent disponible (M. Fyke, OIV, D^r Ley, M^{me} Fulton, CCCSF, Association des citoyens avertis pour la médecine préventive, Association des infirmières et infirmiers du Canada, D^r McMurtry).
- ° Il a été suggéré que le gouvernement fédéral exerce un plus grand leadership dans la politique en matière de santé et le maintien des principes fondamentaux de l'assurance-maladie de la *Loi canadienne sur la santé*; il en va de même pour la promotion de la recherche dans le domaine de la santé et la collecte de statistiques nationales (Coalition canadienne de la santé, *Canadian Co-operative Association*, OIV, Association des infirmières et infirmiers du Canada, CCCSF, M. Contandriopoulos).
- ° L'on a proposé la création d'un conseil national de la santé qui aurait pour mandat d'établir une politique en matière de santé et de surveiller le financement, les dépenses et les innovations dans le domaine de la santé (Association des citoyens avertis pour la médecine préventive, Association des consommateurs du Canada, M. Contandriopoulos).
- ° Plusieurs témoins ont observé certaines anomalies du système de soins de santé associées à la sur-utilisation des soins de courte durée et au manque de disponibilité de services communautaires et de soins à domicile (M. Fyke, OIV, D^r Ley, Conseil consultatif national sur le troisième âge).

B. The Aging Population

- ° Almost all witnesses said that the health needs of future seniors may not be the same as those of the present generation because of lifestyle differences, changes in family structure, increasing multiculturalism, a changing sex ratio and improved health care services. However, in order to prepare for an aging population with a higher proportion of seniors, we need to change the health care system now. Funding needs to be redirected from acute care institutional-based services to prevention, health delivery research, chronic care, community care, self-help and home support services.
- ° A complex network of community services for seniors currently exists. Witnesses expressed the need for integration of these services to improve access to care (Dr. Ley, VON, Canadian Association of Occupational Therapists).

C. Accessibility

- ° Many witnesses considered that some of today's health problems are not addressed by the health care system, which emphasizes illness, curative medicine and institutional care. There is a need to co-ordinate social services and health services, since there is a strong relationship between low socio-economic status and morbidity and premature mortality (Prof. Fulton, Canadian Health Coalition, Canadian Association of Social Workers, Dr. Ley, Canadian Nurses Association, Canadian Institute of Child Health, Native Council of Canada, National Advisory Council on Aging, Consumers' Association of Canada, Prof. Contandriopoulos).
- ° The health of Canada's native people needs serious attention (Native Council of Canada, CACSW, Canadian Institute of Child Health).
- ° According to some witnesses, user fees are not the answer to reducing health care costs because they deter low-income patients (who, according to research, are sick more often than higher-income people) and delay treatment until the condition is more serious and more costly to treat. Taxes rather than user fees should be the basis of health care financing (Prof. Fulton, Mr. Fyke, Canadian Cooperative Association, Dr. McMurtry, Canadian Health Coalition, Consumers' Association of Canada, Prof. Contandriopoulos).

B. Le vieillissement de la population

- ° Presque tous les témoins ont affirmé que les besoins en matière de santé de la prochaine génération de personnes âgées risquent d'être différents de ceux de la génération actuelle en raison de l'existence de styles de vie différents, de l'évolution de la cellule familiale, de l'accroissement du multiculturalisme, de la proportion différente d'hommes et de femmes et de l'amélioration des services de santé. Cependant, pour pouvoir satisfaire aux besoins d'une population vieillissante où la proportion de personnes âgées va croissant, nous devons dès maintenant entamer une réforme du régime de soins de santé. Les fonds consacrés aux services de soins de courte durée dispensés en établissement devraient être réaffectés à la prévention, à la recherche sur la prestation des soins de santé, aux soins prolongés, aux soins communautaires, à l'aide fonctionnelle et aux services de maintien à domicile.
- ° Les personnes âgées disposent à l'heure actuelle d'un réseau complexe de services commu-nautaires. Les témoins ont exprimé le besoin d'une intégration de ces services afin d'améliorer l'accès aux soins (D^r Ley, OIV, Association canadienne des ergothérapeutes).

C. L'accessibilité

- ° Plusieurs témoins considèrent que le régime de soins de santé néglige bon nombre de problèmes de santé actuels en mettant l'accent sur la maladie, la médecine curative et les soins institutionnels. Il est absolument essentiel de coordonner les services sociaux et les services de santé, étant donné qu'il y a un lien étroit entre la situation socio-économique et la morbidité ainsi que la mortalité précoce (M^{me} Fulton, Coalition canadienne de la santé, Association canadienne des travailleurs sociaux, D^r Ley, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Institut canadien de la santé infantile, Conseil national des autochtones du Canada, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Association des consommateurs du Canada, M. Contandriopoulos).
- ° La santé des autochtones du Canada doit faire l'objet d'une attention particulière (Conseil national des autochtones du Canada, CCCSF, Institut canadien de la santé infantile).
- ° Selon certains témoins, la participation aux frais n'est pas de nature à réduire le coût des soins de santé, parce qu'elle n'a d'effet que sur les bénéficiaires à faible revenu (qui, d'après les résultats des recherches, sont malades plus souvent que les personnes plus aisées) et ne fait que retarder le traitement jusqu'à ce que la maladie s'aggrave et coûte plus cher à soigner. Les soins de santé devraient être financés à même les impôts et non par l'imposition d'honoraires supplémentaires (M^{me} Fulton, M. Fyke, *Canadian Cooperative Association*, D^r McMurtry, Coalition canadienne de la santé, Association des consommateurs du Canada, M. Contandriopoulos).

- ° Dr. McMurtry's research suggests that a significant percentage of surgery being done in Canadian and American hospitals is "unjustifiable" or "debatable" in terms of its efficacy. According to Dr. McMurtry and other experts, health care costs could be reduced by eliminating some surgical interventions, such as a portion of caesarian sections and some heart by-passes (Dr. McMurtry, Prof. Fulton, CACSW, Canadian Health Coalition).
- ° The view was expressed that community health centres, providing a variety of coordinated health services, could be more cost-effective and could provide more appropriate services for many health needs than large hospitals or individual physicians in private practice (Mr. Fyke, VON, Dr. Ley, Canadian Cooperative Association, National Advisory Council on Aging).
- ° Health care services need to be more sensitive to cultural differences (Dr. Beiser, Prof. Ujimoto, VON, Consumers' Association of Canada).
- ° Health services need to be more accessible to people living in rural areas (CACSW, Consumers' Association of Canada).

D. Human Resources

- ° Some research suggests that the number of physicians is increasing faster than the population. In addition, there is an oversupply of physicians in some urban areas and an undersupply in many rural areas. More physicians create increased demand for medical, hospital and laboratory services, and thereby increase health care costs (Prof. Fulton, VON, Dr. McMurtry, Prof. Contandriopoulos).
- ° Rather than a shortage of nurses, some witnesses say that there is a shortage of nurses willing to work in hospitals under the present conditions of long hours, low pay, lack of involvement in decision-making and an emphasis on high-technology (Mr. Fyke, Canadian Health Coalition, CACSW, Canadian Nurses Association).
- ° Alternatives to the fee-for-service system of paying for medical services, such as salary, should be considered. Critics of the present fee-for-service system argue that it encourages physicians, as a means of maintaining their income levels, to see more patients more often and for shorter visits (Mr. Fyke, Prof. Fulton, Dr. Ley, Canadian Association of Occupational Therapists, Canadian Cooperative Association, Baycrest Centre for Geriatric Care, Prof. Contandriopoulos).
- ° Many witnesses believe that the services provided by provincially licensed health practitioners under Medicare should be expanded to include those services provided by nurses, dietitians, psychologists, chiropractors, acupuncturists, occupational therapists and midwives, many of whom have been excluded from insured services. These practitioners can provide some health care services in a more appropriate and cost-

- ° Une étude du Dr McMurtry suggère qu'une grande partie des chirurgies pratiquées dans les hôpitaux canadiens et américains sont «injustifiées» et leur efficacité «discutable». Selon le Dr McMurtry et d'autres experts, le coût des soins de santé pourrait être réduit grâce à l'élimination de certaines interventions chirurgicales, comme certaines césariennes et certains pontages coronariens (Dr McMurtry, M^{me} Fulton, CCCSF, Coalition canadienne de la santé).
- ° L'on a exprimé l'opinion que les centres de santé communautaires, qui regroupent en un seul endroit divers services de santé, pourraient être plus rentables et plus efficaces que les grands hôpitaux ou les médecins en pratique privée pour satisfaire certains besoins en matière de santé (M. Fyke, OIV, Dr Ley, *Canadian Co-operative Association*, Conseil consultatif national sur le troisième âge).
- ° Les services en matière de soins de santé doivent être mieux adaptés aux différences culturelles (Dr Beiser, M. Ujimoto, OIV, Association des consommateurs du Canada).
- ° Il faut rendre les services de santé plus accessibles aux résidents des régions rurales (CCCSF, Association des consommateurs du Canada).

D. Les ressources humaines

- ° D'après certaines études, le nombre de médecins augmenterait plus vite que la population. Par surcroît, il y en a une trop grande concentration dans les régions urbaines alors qu'il y a pénurie dans de nombreuses régions rurales. Ce phénomène a pour effet d'accroître la demande de services médicaux, hospitaliers et de laboratoire, et favorise du même coup l'augmentation du coût des soins de santé (M^{me} Fulton, OIV, Dr McMurtry, M. Contandriopoulos).
- ° De l'avis de certains témoins, il n'y a pas de pénurie d'infirmières et infirmiers, mais ceux-ci sont de moins en moins nombreux à vouloir travailler en milieu hospitalier dans les conditions actuelles : longues heures de travail, maigres salaires, absence de participation aux prises de décision et prépondérance de la technologie de pointe (M. Fyke, Coalition canadienne de la santé, CCCSF, Association des infirmières et infirmiers du Canada).
- ° Il faudrait songer à recourir à un système autre que la rémunération à l'acte, comme le salaire. Certains témoins critiquent le système actuel de rémunération à l'acte en disant qu'il incite les médecins à voir davantage de malades, plus souvent et moins longtemps, pour maintenir leur niveau de revenu (M. Fyke, M^{me} Fulton, Dr Ley, Association canadienne des ergothérapeutes, *Canadian Co-operative Association, Baycrest Centre for Geriatric Care*, M. Contandriopoulos).
- ° De l'avis de nombreux témoins, les services de tous les professionnels de la santé devraient être couverts par l'assurance-maladie. Les infirmières et infirmiers, les diététicien(ne)s, les psychologues, les chiropraticien(ne)s, les acupuncteurs(rices), les ergothérapeutes et les sages-femmes, dont les services, pour la plupart, ne sont pas remboursés, peuvent dispenser certains soins à moindres frais et avec plus

effective way than physicians. At present, physicians are regarded as the "gatekeepers" to the health care system, and patients require a doctor's recommendation before seeing some of these other practitioners (Canadian Health Coalition, VON, CACSW, Consumers' Association of Canada, Canadian Association of Social Workers, Canadian Nurses Association, Canadian Association of Occupational Therapists, Prof. Fulton, Prof. Ujimoto, National Advisory Council on Aging, Dr. McMurtry, Prof. Contandriopoulos).

NEXT PHASE OF STUDY

In the coming months, the Committee plans to continue hearing witnesses before drafting its final report at a later date. Future witnesses will include medical and hospital associations, representatives from selected provincial task forces, health economists, associations of health professionals, and advocacy groups. After hearing all of the evidence, the Committee will prepare its recommendations for the final report.

de facilité que les médecins. À l'heure actuelle, les médecins sont les «gardiens» du régime de soins de santé, et les malades ont besoin de leur recommandation pour pouvoir aller consulter l'un ou l'autre de ces professionnels (Coalition canadienne de la santé, OIV, CCCSF, Association des consommateurs du Canada, Association canadienne des travailleurs sociaux, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne des ergothérapeutes, M^{me} Fulton, M. Ujimoto, Conseil consultatif national sur le troisième âge, D^r McMurtry, M. Contandriopoulos).

PROCHAINE ÉTAPE DE L'ÉTUDE

Dans les mois qui viennent, le Comité prévoit entendre d'autres témoins avant la rédaction ultérieure de son rapport final. Ainsi, des associations de médecins et d'hôpitaux, des représentants de certains groupes de travail provinciaux, des économistes de la santé, des associations de professionnels de la santé et des groupes de défense comparaitront tour à tour devant le Comité. Après avoir entendu tous les témoignages, le Comité formulera ses recommandations pour le rapport final.

APPENDIX 'A'WITNESSES

	<u>ISSUE No.</u>	<u>DATE</u>
<u>Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec</u>	16	February 13, 1990
Marielle Delaney, Vice-President.		
<u>Association of Canadian Teaching Hospitals</u>	26	April 26, 1990
Dr. Finlay McKerracher, Secretary-Treasurer.		
<u>Canadian Advisory Council on the Status of Women (CACSW)</u>	22	March 27, 1990
Glenda P. Simms, President;		
Eliane Silverman, Director of Research.		
<u>Canadian Association of Occupational Therapists</u>	26	April 26, 1990
Thelma Gill, President;		
Jacqueline McGarry, President Elect;		
Margaret Brockett, Executive Director.		
<u>Canadian Association of Optometrists</u>	24	April 10, 1990
Dr. Thomas L. Adamack, President;		
Dr. Margaret Hansen-des Groseilliers, Secretary-Treasurer;		
Dr. M.E. Woodruff, Consultant;		

Gérard Lambert, Executive Director.

Canadian Co-Operative Association	20	March 20, 1990
Lynden Hillier, Executive Director;		

Thomas E. Marwick, Executive Director,
Regina Community Clinic.

Canadian Health Coalition	22	March 27, 1990
----------------------------------	----	----------------

Kathleen Connors, Vice-Chairperson,
President of the National
Federation of Nurses Unions;

Pamela FitzGerald, Executive Coordinator.

Canadian Institute of Child Health	17	February 20, 1990
---	----	-------------------

Daniel H. Drown, President;

Dr. Denise Avar, Vice-President,
Research.

Consumers' Association of Canada	23	April 3, 1990
Jean Jones, Chairperson of the Health Council;		

Rachel Dalzell, Member of the
Board of Directors and of
the Health Council.

National Advisory Council on Aging	15	February 6, 1990
---	----	------------------

Susan Fletcher, Director;

Joel Aldred, Member of the
Ontario Advisory Council
on Aging;

Judith Stryckman, Chief of
Research and Policy Development.

National Health and Welfare Department

The Honourable Perrin Beatty, Minister of National Health and Welfare;	11	December 12, 1989
--	----	-------------------

Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch and Acting Assistant Deputy Minister, Social Services Program Branch;	10	November 28, 1989
--	----	-------------------

Dr. Gillian Lynch, Acting Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch;	12	December 19, 1989
E. Michael Murphy, Secretary, Review of Demography and its Implications for Economic and Social Policy;	11 14	December 12, 1989 January 30, 1990
Marie Fortier, Director General, Health Services Directorate;	10	November 28, 1989
Jim Moore, Director General, Program Transfer, Policy and Planning, Medical Services Branch;	12	December 19, 1989
Ed Tupper, Director General, Public Service Health Division, Medical Services Branch.	12	December 19, 1989
Native Council of Canada	19	March 13, 1990
Christopher McCormick, National Spokesperson;		
Dorothy McCue, Health Co-ordinator.		
Victorian Order of Nurses of Canada (VON)	18	March 8, 1990
Dr. Helen Mussallem, President;		
Donna Roe, National Executive Director;		
Cathy Bonnah, National Coordinator for Promoting Elders Participation;		
Mary Buzzell, Director of Educational Development, V.O.N. Hamilton-Wentworth.		
Other witnesses		
Contandriopoulos, André-Pierre	23	April 3, 1990
Fulton, Jane	15	February 6, 1990
Fyke, Kenneth J.	13	January 23, 1990
Ley, Dr. Dorothy	16	February 13, 1990
McMurtry, Dr. Robert Y.	21	March 22, 1990
Ujimoto, K. Victor	18	March 8, 1990

ANNEXE «A»TÉMOINSFASCICULE
N°DATE

Association canadienne des
ergothérapeutes

26

26 avril 1990

Thelma Gill, présidente;

Jacqueline McGarry, présidente élue;

Margaret Brockett, directrice
administrative.

Association canadienne des
hôpitaux d'enseignement

26

26 avril 1990

D^r Finlay McKerracher,
secrétaire-trésorier.

Association canadienne des
optométristes

24

10 avril 1990

D^r Thomas L. Adamack, président;

D^r Margaret Hansen-des Groseilliers,
secrétaire-trésorière;

D^r M.E. Woodruff, consultant;

Gérard Lambert, directeur exécutif.

Association des consommateurs du Canada

23

3 avril 1990

Jean Jones, présidente du Conseil
de la santé;

Rachel Dalzell, membre du Conseil
d'administration et du Conseil
de la santé.

Association des coordonnateurs(trices) des
hôpitaux de jour du Québec

16

13 février 1990

Marielle Delaney, vice-présidente.

Canadian Co-operative Association

20

20 mars 1990

Lynden Hillier, directeur
administratif;

Thomas E. Marwick, directeur
administratif, Regina
Community Clinic.

Coalition canadienne de la santé

22

27 mars 1990

Kathleen Connors, vice-présidente
et présidente de la Fédération
nationale des syndicats
d'infirmières et d'infirmiers;

Pamela FitzGerald, coordonnatrice
exécutive.

**Conseil consultatif canadien de la
situation de la femme (CCCSF)**

22

27 mars 1990

Glenda P. Simms, présidente;

Eliane Silverman, directrice de
la recherche.

**Conseil consultatif national sur le
troisième âge**

15

6 février 1990

Susan Fletcher, directrice;

Joel Aldred, membre du Conseil
consultatif de l'Ontario
sur le troisième âge;

Judith Stryckman, chef, Recherche
et développement des politiques.

Conseil national des autochtones du Canada

19

13 mars 1990

Christopher McCormick, porte-parole
national;

Dorothy McCue, coordonnatrice de la
santé.

**Infirmières de l'Ordre de Victoria du
Canada (OIV)**

18

8 mars 1990

D^r Helen Mussallem, présidente;

Donna Roe, directrice générale
nationale;

Cathy Bonnah, coordonnatrice
nationale pour une meilleure
participation des aînés;

Mary Buzzell, directrice du
développement en éducation,
Hamilton-Wentworth.

Institut canadien de la santé infantile 17 20 février 1990

Daniel H. Drown, président;

D^r Denise Avard, vice-présidente
à la recherche.

**Santé nationale et Bien-être social,
ministère**

L'honorable Perrin Beatty, ministre 11 12 décembre 1989
de la Santé nationale et du
Bien-être social;

D^r Peter Glynn, sous-ministre 10 28 novembre 1989
adjoint, Direction générale des
services et de la promotion de
la santé, et sous-ministre adjoint
intérimaire, Direction générale
des programmes de service social;

D^r Gillian Lynch, sous-ministre adjoint 12 19 décembre 1989
intérimaire, Direction générale
des services médicaux;

E. Michael Murphy, secrétaire, Étude 11 12 décembre 1989
de l'évolution démographique 14 30 janvier 1990
et de son incidence sur la
politique économique et sociale;

Marie Fortier, directrice générale, 10 28 novembre 1989
Direction des services de la
santé;

Jim Moore, directeur général, 12 19 décembre 1989
Transfert des programmes,
politique et planification,
Direction générale des services
médicaux;

Ed Tupper, directeur général, Direction de la santé des fonctionnaires fédéraux, Direction générale des services médicaux.	12	19 décembre 1989
--	----	------------------

Autres témoins:

Contandriopoulos, André-Pierre	23	3 avril 1990
Fulton, Jane	15	6 février 1990
Fyke, Kenneth J.	13	23 janvier 1990
Ley, D ^r Dorothy	16	13 février 1990
McMurtry, D ^r Robert Y.	21	22 mars 1990
Ujimoto, K. Victor	18	8 mars 1990

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women (*Issues Nos. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26 and 37 which includes this Report*) is tabled.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine (*fascicules nos 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26 et 37 qui inclut le présent rapport*) est déposé.

Respectfully submitted,

Respectueusement soumis,

Le président,

BOB PORTER,

Chairman.

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, JUNE 14, 1990
(46)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:39 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Joe Fontana for Albina Guarnieri; Al Horning for Brian White.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

It was agreed,—That the Draft Report, as amended, be concurred in.

Ordered,—That the Chairman present the Report to the House.

Ordered,—That the staff be instructed to pursue plans for a visit to appropriate countries of Western Europe to study their health care systems.

At 10:52 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 14 JUIN 1990
(46)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 39, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Barbara Greene, Bruce Halliday, Robert Porter, Nicole Roy-Arcelin, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Joe Fontana remplace Albina Guarnieri; Al Horning remplace Brian White.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Le Comité reprend l'étude d'une ébauche de rapport sur le régime des soins de santé au Canada.

Il est convenu,—Que la version modifiée de l'ébauche soit adoptée.

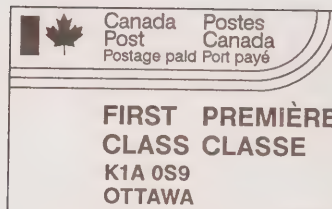
Il est ordonné,—Que le président présente le rapport à la Chambre.

Il est ordonné,—Que le personnel continue de planifier une tournée du Comité dans certains pays de l'Europe de l'Ouest afin d'étudier leurs régimes de soins de santé.

À 10 h 52, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 38

Tuesday, October 9, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 38

Le mardi 9 octobre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, OCTOBER 9, 1990
(47)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:37 o'clock a.m. this day, in Room 237-C, Centre Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bob Porter.

Acting Members present: Al Horning for Stanley Wilbee; Jim Karpoff for Joy Langan; Rey Pagtakhan for Paul Martin; Beth Phinney for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Hospital Association: Carol Clemenhausen, President, Executive Director; Elma Heidemann, Chairperson, Board of Directors.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Elma Heidemann made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 10:54 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 9 OCTOBRE 1990
(47)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 37, dans la salle 237-C de l'édifice du Centre sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Barbara Greene, Albina Guarnieri et Bob Porter.

Membres suppléants présents: Al Horning remplace Stanley Wilbee; Jim Karpoff remplace Joy Langan; Rey Pagtakhan remplace Paul Martin; Beth Phinney remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De l'Association des hôpitaux du Canada: Carol Clemenhausen, présidente et directrice générale; Elma Heidemann, présidente du Conseil d'administration.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Elma Heidemann fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 10 h 54, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, October 9, 1990

• 0938

The Chairman: I welcome members of the committee and witnesses here this morning to our first meeting since the House has resumed this fall.

Just briefly to committee members, there have been some suggested changes in the committee. I gather they are not finalized, so we will continue the work of the committee until we receive notice of any changes in the structure.

We had tried to schedule a meeting of the committee last week to look at some of the changes that will be pending and the upcoming list of witnesses, and we will be advising you as soon as those arrangements can be made. Thus we will continue as we were doing in the spring session, hearing the list of witnesses relative to the report of the Standing Committee on Health and Welfare.

It is a privilege this morning to welcome from the Canadian Hospital Association Ms Carol Clemenhagen, President and Executive Director, and Ms Elma Heidemann, Chairperson, Board of Directors. We are most pleased that you are able to meet with the committee, and look forward to your testimony this morning.

• 0940

Ms Elma Heidemann (Chairperson, Board of Directors, Canadian Hospital Association): Thank you, Mr. Chairman. We would like to say thank you for the invitation to appear before you.

As you are aware, we have been asked this morning to talk to the committee about health care human resources. You have had the advantage of our written submission, which was given to you at the end of March of this year, so we will simply highlight that submission for you, especially the recommendations we make.

We would like to talk first about supply and distribution of human resources in health care. First of all, shortages of specific types of health care manpower and maldistribution of human resources in general are affecting all of the provinces and territories in Canada, so this is a national problem.

Part of the problem, we believe, is that there is a lack of consensus or, if you like, a lack of policy on how many and what type of health care workers Canada's health care system needs, and we will talk a bit more about that later.

Next, we would like to give you some idea of the effects of the shortage and distribution problems on quality and costs within the health care system. Rural, remote, and those areas with lower economic buying power have more difficulty in attracting and retaining health care professionals, in particular those in highly specialized disciplines, and the effects of this are multilayered. We would like to summarize some of those for you.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 9 octobre 1990

Le président: Je tiens d'abord à souhaiter la bienvenue à nos témoins de ce matin ainsi qu'aux membres du comité puisqu'il s'agit de notre première réunion depuis la reprise des travaux de la Chambre cet automne.

Pour la gouverne des membres, certains changements ont été proposés dans la composition du comité, mais comme ils n'ont pas encore été confirmés, nous procéderons comme dans le passé jusqu'à ce qu'ils le soient.

Nous n'avons pas pu nous réunir la semaine dernière pour étudier les changements proposés et nous entendre sur une liste de témoins, nous essayerons de le faire le plus tôt possible. Nous nous aviserons de la date de cette réunion. Nous procéderons donc comme nous l'avons fait au cours de la session du printemps et nous continuerons l'audition des témoins que nous avons convoqués dans le cadre de notre étude.

J'ai l'honneur d'accueillir ce matin des représentants de l'Association des hôpitaux du Canada. Il s'agit de M^{mes} Carol Clemenhagen, présidente et directrice générale, et Elma Heidemann, présidente du conseil d'administration. Nous sommes heureux que vous puissiez être des nôtres aujourd'hui et nous avons hâte d'entendre votre exposé.

Mme Elma Heidemann (présidente, conseil d'administration, Association des hôpitaux du Canada): Je vous remercie, monsieur le président. Je tiens d'abord à vous exprimer notre gratitude pour nous avoir invitées à comparaître devant vous.

Comme vous le savez, nous allons vous entretenir ce matin de l'affectation des ressources humaines dans le domaine de la santé. Vous avez reçu notre mémoire à la fin mars, je me contenterai donc d'insister sur ses points saillants et sur les recommandations que nous y formulons.

J'aimerais d'abord vous dire quelques mots au sujet de l'offre et de la répartition des ressources humaines dans le domaine de la santé. Je me permets d'abord de préciser que les pénuries de certains fournisseurs de soins de santé ainsi que la mauvaise répartition des ressources humaines dans ce domaine touchent toutes les provinces ainsi que les territoires du Canada. Il s'agit donc d'un problème d'envergure nationale.

À notre avis, ce problème s'explique, en partie du moins, par l'absence de consensus ou plutôt de politique en ce qui touche le nombre et le genre de spécialistes de la santé dont nous avons besoin au Canada. Nous reviendrons sur cet aspect de la question un peu plus tard.

Nous aimerions ensuite vous donner une idée des conséquences de cette pénurie et de cette mauvaise répartition des ressources humaines sur la qualité et les coûts des services de santé. On constate que les professionnels de la santé ont tendance à ne pas s'installer et à ne pas demeurer dans les régions rurales, les régions éloignées ainsi que les régions moins fortunées. Ce phénomène entraîne des conséquences multiples que nous voudrions vous résumer.

[Texte]

First, we see this resulting in a lack of access by consumers to medically necessary services. For example—and we will just touch very briefly on some of the examples—right now we have a lack of access to rehabilitation services. This is particularly harmful since we know that early intervention for rehabilitation purposes can prevent handicap, or permanent handicap, and speed convalescence.

The second effect is that we are beginning now to see an increase in waiting lists for super specialized services. For example, we see cancellation of specialized surgical procedures because personnel is not available.

The third effect we are beginning to see more of is the transfer of patients out of province or to regional referral centres far away from family and social support networks. We are seeing the development of additional programs such as air ambulance services, and we are also seeing tremendous travel costs for patients and their families being incurred when this kind of provision of service has to take place.

We are beginning to see in the health care system the substitution of one discipline for another. For example, we now have general practitioners who are practising anaesthesia or psychiatry.

● 0945

Another effect we are beginning to see is that of bed closures, not due to a lack of money but due to a lack of staff for those beds. We are also beginning to see the closure of specialized units within our hospitals across the country; for example, intensive care units and coronary care units, again due to a lack of staff for those units.

On a positive side, in some areas—mental health and geriatrics, for example—the shortage of medical specialists has served to foster the interdisciplinary team approach to care, which of course is of value to the health care system and is valuable in its own right. Labour substitution and/or cross-training, as well as better utilization of available health care professionals, have been implemented as partial solutions to at least some of the health manpower shortages. I would suspect, Mr. Chairman, that we are going to begin to see more and more of this if our shortages continue.

Rigid notions about scope of practice, we might tell you, are being replaced with the concept of clearly defined “professional acts” for particular disciplines and the interdisciplinary team approach whereby consumers and health care professionals share in decision-making about the care process. Since health care decision-makers are committed to exploring different models of health service delivery and different reimbursement methodologies for health professionals for both cost containment and quality of care reasons, it follows that historical job groupings, roles, staffing levels and working conditions must also come under scrutiny.

[Traduction]

Premièrement, il compromet l'accès des consommateurs aux services médicaux. À titre d'exemples,—nous ne vous en donnerons que quelques-uns assez brefs—il y a pénurie actuellement de services de réadaptation. Cette situation est particulièrement inquiétante puisqu'une réadaptation précoce peut prévenir les handicaps permanents ainsi qu'accélérer les convalescences.

Deuxièmement, les listes d'attente s'allongent continuellement pour certains services hautement spécialisés. Ainsi, certaines opérations spécialisées sont annulées faute de personnel.

Enfin, de plus en plus de patients doivent être traités à l'extérieur de leur province ou dans des centres médicaux régionaux et sont ainsi privés du soutien de leurs familles et de leurs amis. On constate un accroissement des services d'ambulances aériennes, avec les frais de déplacement qui en découlent pour les patients visés ainsi que leurs familles.

La tendance à la substitution d'une discipline par une autre s'amorce dans le domaine de la santé. En effet, certains omnipraticiens remplissent des fonctions d'anesthésistes ou de psychiatres.

Un autre phénomène commence à apparaître, c'est celui des fermetures de lits, non pas manque d'argent, mais par manque de personnel pour s'en occuper. Nous commençons aussi à assister à la fermeture de services spécialisés dans les différents hôpitaux du pays; c'est le cas, par exemple, des services de soins intensifs et des services de soins coronariens, là encore par manque de personnes appelées à travailler dans ces services.

Note plus positive, dans certains secteurs—santé mentale ou gériatrie, par exemple—la pénurie de médecins spécialistes a contribué à favoriser le travail d'équipes ayant une approche pluridisciplinaire des soins de santé, ce qui présente bien entendu un grand intérêt pour notre système de santé et ce qui est intéressant en soi. Les échanges de personnel ainsi que les formations croisées de même qu'une meilleure utilisation des professionnels disponibles en soins de santé ont été utilisés comme palliatifs pour résoudre au moins en partie les difficultés causées par la pénurie de main-d'oeuvre dans le secteur de la santé. J'ai bien peur, monsieur le président, qu'il nous faille avoir recours de plus en plus à ce genre d'expédient si la pénurie se poursuit.

Il faut que vous sachiez que les notions rigides de champ d'action de la profession sont actuellement remplacées par la notion bien définie «d'acte professionnel» dans les différentes disciplines et par un travail d'équipes ayant une approche pluridisciplinaire, les consommateurs et les professionnels de la santé participant aux décisions prises en matière de soins. Comme les responsables de ces décisions se sont engagés à étudier les possibilités offertes par différents modèles de soins et différentes méthodes de remboursement des professionnels de la santé à la fois pour limiter les coûts et pour améliorer la qualité des soins, les conditions de travail, les niveaux de dotation, les rôles et les groupements professionnels traditionnels doivent eux aussi être réexaminés de près.

[Text]

The roles played by allied health professionals, like the health system itself, are in evolution. For the foreseeable future, however, these professionals should continue to function as employees of health care facilities and members of the interdisciplinary health care team. Admitting privileges should be limited to physicians for reasons of accountability—legal accountability and quality accountability—and cost control or utilization.

The development of private practices by allied health workers, such as physiotherapists, in areas where health care facilities are experiencing a shortage of these types of health manpower, prompted one of our members—the Manitoba health organization, as a matter of fact—to raise concerns in recent correspondence about the effects of this type of privatization on the principles of access and comprehensiveness of services enshrined in the Canada Health Act.

In summary, let me reiterate to you the recommendations made in our report.

Strategic planning for human resources in health care must be undertaken within the broader context of overall national health policy and planning for the provision of health care services. Significant work must be done to define the nature, scope and range of health care services needed in order to determine the appropriate health human resources mixture required to meet those needs.

The role played by allied health professionals, like the health care system itself, is in evolution. For the foreseeable future, these professionals should continue to function as employees of health care facilities and members of the interdisciplinary team, and admitting privileges should be limited to physicians.

Given the limits to health care funding, an ethical approach to resource allocation is possible only within the context of a national health policy and a set of national health objectives. The Canadian Hospital Association recommends that Health and Welfare Canada, in collaboration with other levels of government and health care associations, lead the definition of specific measurable health objectives for Canadians. We do believe this is achievable.

• 0950

Reductions in the Established Programs Financing transfers, the EPF, challenge provincial governments to reduce health care and post-secondary education budgets or increase taxes. A national framework of stable and adequate EPF funding is a prerequisite to achieving health goals. In the case of health manpower, cuts to EPF threaten both the health system in which the health professionals work as well as the education system in which they are trained.

[Translation]

Le rôle des professions paramédicales, à l'image de celui du système de soins de santé dans son ensemble, est en pleine évolution. Toutefois, dans l'immédiat, ces professionnels continueront à agir comme employés des institutions des soins de santé et membres des équipes de soins pluridisciplinaires. Le droit d'admission doit continuer à être réservé aux médecins pour des raisons de responsabilité—responsabilité en droit et responsabilité vis-à-vis de la qualité—et pour le contrôle des coûts et l'utilisation des crédits.

Le développement de la pratique privée dans les professions paramédicales, physiothérapie par exemple, dans des régions où les établissements de santé manquent de main-d'oeuvre de ce type, a amené un de nos membres—en l'occurrence, l'organisation des soins de santé du Manitoba—à s'inquiéter dans une correspondance récente des effets de ce genre de privatisation sur la liberté d'accès et l'universalité des services reconnues dans la Loi canadienne sur la santé.

Pour finir, laissez-moi vous résumer les différentes recommandations faites dans notre rapport.

En matière de ressources humaines de la santé, la planification stratégique doit être entreprise dans le contexte plus vaste d'une politique globale de santé nationale et d'une planification de la prestation des services de santé. D'importants travaux doivent être faits pour définir la nature, l'étendue et la gamme des services de santé qui sont nécessaires, afin de déterminer l'éventail approprié des ressources humaines de la santé requises pour répondre à ces besoins.

Les rôles que jouent les divers intervenants du secteur de la santé, tout comme le système de santé lui-même, se trouvent en phase d'évolution. Pour ce qui est de l'avenir prévisible, ces professionnels doivent continuer à fonctionner en tant qu'employés des établissements de santé et membres de l'équipe soignante interdisciplinaire. Les privilèges d'admission doivent se limiter aux médecins.

Compte tenu des limites du financement des soins de santé, une démarche éthique dans la répartition des ressources n'est possible que dans le contexte d'une politique et d'un ensemble d'objectifs de santé nationale. L'Association des hôpitaux du Canada recommande à Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec les autres paliers gouvernementaux et les associations de la santé, d'orchestrer les travaux menant à la définition d'objectifs spécifiques et mesurables pour la santé des Canadiens. Nous sommes persuadés que c'est possible.

Les réductions apportées aux transferts de paiement en vertu du Financement des programmes établis (FPE) forcent les administrations provinciales à diminuer les budgets des services de santé et de l'éducation postsecondaire ou à hausser les impôts. Une structure nationale de financement stable et adéquat aux termes du FPE se veut une condition préalable indispensable pour réaliser des objectifs de santé. Dans le cas de la main-d'oeuvre sanitaire, les réductions du FPE menacent à la fois le système de santé même dans lequel oeuvrent les professionnels de la santé, aussi bien que le système d'éducation qui les forme.

[Texte]

The Canadian Hospital Association recommends that the EPF growth rate be reset to pre-1986 levels and that the federal government reaffirm its commitment to Established Programs Financing.

The Canadian Hospital Association recommends national monitoring of health manpower needs and regular publication of statistical reports by the newly formed National Health Information Council.

The Canadian Hospital Association recommends that the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Human Resources establish specific health manpower targets for the nation and promote acceptance of those targets by universities, ministers of education, and professional and hospital and health associations, among other interested parties.

The Canadian Hospital Association recommends a conservative approach to both the introduction of new, non-traditional types of health manpower and the official recognition of professional acts by these emerging health professions.

Prior to opening the system to new types of practitioners, CHA recommends rigorous evaluation of the quality of care, liability, and cost implications.

The Canadian Hospital Association recommends research to identify optimal nursing models for different types of health settings.

Finally, the Canadian Hospital Association recommends funding for innovative recruitment and retention programs in areas with identified shortages in health manpower.

Mr. Chairman, we thank you for allowing us to come today and we will be pleased to answer any questions we can.

The Chairman: Thank you very much for your presentation and also for the material that was provided to the committee prior to your presentation this morning.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Thank you for your presentation, and welcome to the committee.

My questions relate to the item you have raised about the allied health professionals. Your association wishes that they remain as employees and not be privatized. Obviously it will raise questions among the other professions about why the restriction is on them but not on the physicians.

Have you had any consultations with those various associations to have a feel of how they would react to such a proposal, that they may only practise as employees of institutions and not on a fee-for-service basis?

Ms Carol Clemenhausen (President and Executive Director, Canadian Hospital Association): No, we have not had formal consultations with representatives of the allied professional groups.

[Traduction]

L'Association des hôpitaux du Canada recommande que le taux de croissance du FPE soit ramené aux niveaux en vigueur préalablement à 1986 et que le gouvernement fédéral réaffirme son engagement à l'endroit du Fiancement des programmes établis.

L'Association des hôpitaux du Canada recommande l'instauration au niveau national de mécanismes de surveillance des besoins en main-d'oeuvre de la santé et la publication périodique de rapports statistiques par le Conseil national de l'information sur la santé—organe nouvellement formé.

L'Association des hôpitaux du Canada recommande que le Comité consultatif fédéral-provincial des ressources humaines de la santé établisse des objectifs-cibles précis pour le pays et encourage l'acceptation de ces objectifs par les universités, les ministères de l'Éducation, ainsi que les associations professionnelles et hospitalo-sanitaires, entre autre parties intéressées.

L'Association des hôpitaux du Canada recommande le recours à une démarche prudente tant dans l'introduction des catégories nouvelles et non conventionnelles de main-d'oeuvre sanitaire et la reconnaissance officielle d'actes professionnels par ces professions émergentes.

Avant d'ouvrir le système de santé aux nouveaux types de praticiens, l'AHC recommande une évaluation rigoureuse de la qualité des soins et des conséquences au point de vue de la responsabilité et des coûts.

L'Association des hôpitaux du Canada recommande le lancement de travaux de recherche afin d'identifier les meilleurs modèles de soins infirmiers pour les différents types de milieux où sont dispensés ces soins.

Enfin l'association des hôpitaux du Canada recommande du financement pour des programmes novateurs de recrutement et de rétention du personnel dans les secteurs connus pour souffrir de pénuries de la main-d'oeuvre.

Monsieur le président, nous vous remercions de nous avoir donné la possibilité de comparaître devant vous aujourd'hui et nous serons heureux de répondre à toutes vos questions si nous le pouvons.

Le président: Je vous remercie de votre exposé de même que pour toute la documentation que vous avez remise au comité avant de prendre la parole ce matin.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Je vous remercie de votre exposé et je vous souhaite la bienvenue devant notre comité.

Mes questions ont trait au point que vous avez soulevées au sujet des professions para-médicales. Votre association souhaite que leurs membres restent des employés et ne soient pas privatisés. Les membres de ces différentes professions vont bien évidemment se demander pourquoi cette restriction s'applique à eux et non pas aux médecins.

Avez-vous consulté ces différentes associations pour savoir comment elles vont réagir à cette proposition, voulant que leurs membres soient seulement employés dans des établissements et ne puissent travailler à l'acte?

Mme Carol Clemenhausen (présidente et directrice générale, Association des hôpitaux du Canada): Non, nous n'avons eu aucune consultation officielle avec les représentants des professions para-médicales.

[Text]

In some respects what we are suggesting in our report is a continuation of the status quo, because for all intents and purposes these groups are functioning at the moment as employees of health care facilities and there is in fact even more pressure on health care facilities to live up to their responsibilities as the corporate entity that is responsible for the acts of these professionals who function as employees of the organization.

• 0955

I would suggest there is perhaps even pressure to assess the usefulness of considering physicians as employees of health care facilities for the purposes of corporate liability. That is of course a very controversial subject, but one that is being driven by, I think, the medical malpractice crisis in the country.

Mr. Pagtakhan: Inherent in your proposal is the assumption, if I am correct, that one of the drawbacks of allowing other health care professionals to deal privately would be the inability on the part of government to control costs. Is that right?

Ms Clemenhagen: That is one aspect. There is also consideration of quality issues. Health care facilities have always been accountable for the quality of services rendered. However, there is a great deal more public knowledge about quality issues, and accountability issues, both legal and in terms of quality, are issues we need to be even more sensitive to in the future. So it is cost, quality, and legal liability.

Mr. Pagtakhan: I am aware that some institutions charge a fee for service on behalf of other allied health professionals even though they work within institutions. You do not necessarily object to that mechanism of fee for service, but via the institutions.

Ms Clemenhagen: The principle upon which CHA rests this brief is a principle of ensuring access to adequate health care services. I recognize that in some instances some fees are being charged for services not covered by provincial health care insurance plans. However, I think there are adequate controls in the system to ensure that services are not being withheld for financial reasons.

Mr. Pagtakhan: Regarding the feasibility of physicians being employees of health care institutions, would you distinguish that as a mechanism based on what type of hour workload? On an 8-hour workload shift? On what basis? From one institution study done, physicians work on average 67 hours a week. Would you take that into account, or would you consider it on the basis of a 37.5-hour workload in a week?

Ms Heidemann: That is a very difficult question to answer at the moment. Many physicians are employed in a lot of our major hospitals across the country, and I think there is every indication that those physicians continue to work well beyond the 40-hour week. This is particularly true of physicians in our teaching hospitals.

[Translation]

Ce que nous proposons en quelque sorte dans notre rapport, c'est le maintien du statu quo, car en fin de compte les membres de ces différentes catégories professionnelles agissent pour l'instant en qualité d'employés des établissements de soins de santé, et l'on demande d'ailleurs de plus en plus à ces établissements de soins d'assumer leurs responsabilités en tant que personnes morales responsables des actes de ces professionnels, qui sont leurs employés.

Je dirais même que l'on est tenté de plus en plus de faire des médecins des employés des établissements de soins de santé pour ce qui regarde la responsabilité civile de l'établissement. C'est, bien sûr, un sujet très controversé, mais qui s'explique par les énormes difficultés que provoquent dans notre pays les poursuites intentées contre les médecins pour faute professionnelle.

M. Pagtakhan: Si je vous comprends bien, votre proposition se fonde sur l'hypothèse que la privatisation des autres professions de santé aurait pour inconvénient, entre autres, de faire perdre au gouvernement le contrôle des coûts. Est-ce bien cela?

Mme Clemenhagen: C'est un aspect de la question. Il y a aussi la qualité des soins. Les établissements de santé ont toujours été responsables de la qualité des services rendus. Aujourd'hui, toutefois, l'opinion publique est mieux informée des questions de qualité, et il faudra à l'avenir tenir de plus en plus compte des problèmes de responsabilité, d'ordre juridique et en matière de qualité. C'est donc à la fois une question de coût, de qualité et de responsabilité juridique.

M. Pagtakhan: Je sais bien que certains établissements facturent des frais pour le compte de membres des professions paramédicales même si ces derniers travaillent dans l'établissement. Vous n'êtes pas nécessairement opposé au principe de la facturation des frais, à condition que cela se fasse par l'intermédiaire des établissements.

Mme Clemenhagen: Le principe défendu par l'AHC dans ce mémoire veut garantir l'accès à des services de qualité. Je suis consciente que dans certains cas certains frais sont facturés pour des services non couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux. Je considère cependant qu'il y a suffisamment de garde-fous dans le système pour que ces services ne soient pas supprimés pour des raisons financières.

M. Pagtakhan: En ce qui a trait à la possibilité pour les médecins d'être les employés des établissements de santé, quel serait selon vous l'horaire de travail pratiqué? Des postes de huit heures de travail? Quel serait le mécanisme? Une étude faite dans un établissement montre que les médecins travaillent en moyenne 67 heures par semaine. Tiendrez-vous compte de cet horaire ou allez-vous prendre comme base de référence un horaire de 37,5 heures de travail par semaine?

Mme Heidemann: Il est très difficile de répondre à cette question pour l'instant. Nombre de médecins sont employés dans nos grands hôpitaux dans tout le pays, et tout indique à mon avis qu'ils continuent à travailler bien au-delà de 40 heures par semaine. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les médecins de nos hôpitaux universitaires.

[Texte]

We are beginning to explore alternate reimbursement mechanisms to the fee-for-service system, but as yet we do not have any results. We are just beginning to see discussions between provincial medical associations and the provincial governments. But the thought is we must introduce into the system alternate methods of payment for physicians. Also, I must say there is not 100% opposition to these alternate payment mechanisms. There is quite a lot of interest on the part of physicians. Certainly physicians want to be reimbursed well for what they do, and so they should be. But it is not necessarily true that fee-for-service will continue to be the only method of reimbursement.

• 1000

Mr. Pagtakhan: Let me move to the Established Programs Financing for which you have indicated it is a prerequisite that we reset the rate of growth to the pre-1986 level, otherwise we will never achieve the health goals that we would like to achieve for the country. How strong are you on that position? I happen to share your thoughts on that. Could you provide further rationale why, without that, it would be impossible to meet the health needs now and in the future?

Ms Clemenhagen: I think one expression often used to describe the Canadian health system is that it is a pressure cooker, and the way we have been quite successful in controlling costs has been because we put a lid on costs. What we are seeing, however, is that the lid keeps getting tightened increasingly and the pressure within the system is building. The progressive cuts to EPF over the years since 1986 have served to increase that pressure. As we all know, something has to give somewhere.

It is our position that we need stable and adequate funding through the EPF program arrangements, and I think it is very important that we stabilize the funding through EPF. What we have experienced has not been stable funding, it has been progressive cuts in the growth rate, and this has served at the very human level to increase the pressure on health care facilities.

From our point of view what we need to do is determine a stable and adequate level of EPF funding and have a real commitment from the federal government to maintain that stable and adequate level of funding.

Mr. Pagtakhan: I would like to move very quickly to the aspect of quality assurance programs within institutions. I am told that these institutions are able to save a lot. What is the state of quality assurance programs among hospitals in Canada?

Ms Heidemann: That is a very interesting question. At the moment I would say that there is increasing interest in quality monitoring, particularly as our dollars for health care come under closer scrutiny, if you like, and how we use them.

[Traduction]

Nous avons commencé à étudier des mécanismes de remboursement susceptibles de remplacer le système de paiement à l'acte, mais nous n'avons pas encore obtenu de résultats tangibles. Nous commençons tout juste à voir s'instaurer des discussions entre les associations médicales provinciales et les gouvernements provinciaux. Cependant l'idée est qu'il nous faut introduire dans notre système d'autres méthodes de paiement des médecins. Il faut dire aussi que tous les médecins n'y sont pas opposés. Nombre d'entre eux sont très intéressés. Bien évidemment, ils veulent être convenablement rémunérés pour ce qu'ils font, et c'est bien normal. Il n'en reste pas moins que le paiement à l'acte ne restera pas nécessairement la seule méthode de remboursement.

M. Pagtakhan: Revenons-en au financement des programmes établis au sujet duquel vous dites qu'il est indispensable que nous en revenions au taux de croissance antérieur à 1986 si nous voulons atteindre les objectifs que nous souhaitons pour notre pays en matière de santé. Êtes-vous vraiment ferme sur ce point? Il se trouve que je suis de votre avis là-dessus. Pourriez-vous développer ce point et nous dire pourquoi, en l'absence d'un tel rétablissement des crédits, il nous sera impossible d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés aujourd'hui et pour l'avenir?

Mme Clemenhagen: Il y a une image que l'on utilise souvent au sujet du système canadien des soins de santé, c'est celle de la cocotte minute, et si nous sommes parvenus à ne pas trop nous laisser déborder par les coûts, c'est parce que nous les avons plafonnés; nous avons mis un couvercle sur la marmite. Toutefois, nous constatons aujourd'hui que ce couvercle est rabattu de plus en plus et que la pression à l'intérieur du système augmente. Les réductions progressives des FBE qui se sont multipliées depuis 1986 ont augmenté cette pression. Nous savons tous que cela va céder quelque part.

À notre avis, il nous faut un financement stable et suffisant au titre des ententes sur les programmes établis, et j'estime qu'il est très important que nous stabilisions ce financement. Ce que nous avons connu jusqu'à présent, ce n'est pas un financement stable, mais des réductions progressives du taux de croissance ce qui a contribué en ce qui concerne les ressources humaines à augmenter la pression s'exerçant sur les établissements de santé.

A notre avis, il faut fixer un niveau stable et suffisant de financement des FPE, et le gouvernement fédéral doit s'engager véritablement à le maintenir.

M. Pagtakhan: Je voudrais dire quelques mots de la question des programmes de garantie de la qualité dans les établissements. On me dit qu'ils peuvent faire de grosses économies. Où en sont les programmes de garantie de la qualité dans les hôpitaux du Canada?

Mme Heidemann: La question est très intéressante. A l'heure actuelle je dois dire que l'on s'intéresse de plus en plus au contrôle de la qualité, surtout lorsque l'on sait que les crédits consacrés à la santé sont réexaminés de plus en

[Text]

The hospitals and most health care people have always been involved in some kind of quality monitoring, either through national accreditation programs offered by accrediting bodies or through means that are employed or designed for specific facilities.

The problem has always been that we have looked at quality in terms of what we put into the system, what kind of resources we put in, what kind of processes we set up to do things. The shift now is toward the results of what we do, and we have not been particularly good at looking at the results of what we do, the results of our technology, the results of the procedures we undertake. What you are seeing now in the system is a shift toward what we call outcomes measurement, and we are seeing all health care professionals begin to be seriously involved in the design of methods that will allow us to get at outcomes.

Unfortunately, it is at its very embryonic stages of development and will take considerable time, effort and thought on all our parts to design a proper outcome measurement system. But that is in fact where we are heading so that we can evaluate what it is we do based upon the results that we get. Of course, eventually down the line we will have to tie the results that we get to the money we spend to get those results. We are in the midst of that kind of shift in the system at the moment.

• 1005

Mr. Karpoff (Surrey North): A number of critical issues have been addressed in your brief, but one or two issues have not been addressed. I do not think we are going to be able to cover all the issues this morning, but two or three seem to me to be at the heart of some of our funding pressure-cooker that you talk about.

One is the whole question of the excess of physicians in the country, particularly in the urban centres. Every report I have read, and my own experience in working in the health care field, says that there are just far too many doctors in the urban centres and they are driving up our health care costs tremendously.

How would you recommend that we control the number of physicians across Canada—we have too many and we are training too many—and, more specifically, how can we control them in the urban centres? There are shortages in outlying areas, but in the urban centres there are just far too many physicians. How would you recommend we do those two things?

Ms Heidemann: One of our problems is that we intuitively may feel that we have too many physicians but practically speaking we have no way to assess that. We look at international rates and that gives us some clue, but until

[Translation]

plus près et que l'on s'intéresse de plus en plus à la façon dont nous les utilisons. Les hôpitaux ainsi que la plupart des responsables de la santé ont toujours fait sous une forme ou sous une autre du contrôle de qualité, soit par le biais de programmes d'agrément nationaux administrés par des organismes d'agrément, soit par des moyens employés par des établissements déterminés ou conçus à leur intention.

La difficulté est que l'on a toujours envisagé la question de la qualité sous l'angle de ce que nous mettions dans le système, des ressources qui y étaient consacrées, du type de mécanisme que nous mettions en place. L'accent est mis aujourd'hui sur les résultats de ce que nous faisons, et nous n'avons pas particulièrement bien réussi jusqu'à présent à examiner les résultats de ce que nous faisons, les résultats de nos techniques, des procédés que nous employons. Aujourd'hui, vous voyez apparaître dans notre secteur ce que nous appelons la mesure des résultats, et nous constatons que tous les professionnels de la santé commencent à élaborer sérieusement des méthodes devant nous permettre de les évaluer.

Malheureusement, nous n'en sommes qu'au tout début, et il faudra que toutes les parties intéressées consacrent beaucoup de temps et d'efforts, et fassent preuve d'une grande ingéniosité pour parvenir à concevoir un système capable de bien les mesurer. Mais c'est là le sens de notre action qui doit nous permettre d'évaluer ce que nous faisons en fonction des résultats que nous obtenons. Bien entendu, il nous faudra à un moment ou un autre mettre en regard les résultats que nous obtenons et l'argent que nous dépensons pour y parvenir. À l'heure actuelle, nous sommes en plein dans cette évolution.

M. Karpoff (Surrey-Nord): Votre mémoire soulève un certain nombre de points fondamentaux, mais il reste cependant une ou deux questions qui n'ont pas été abordées. Nous n'aurons pas le temps de tout voir ce matin, mais il me semble que deux ou trois choses sont responsables directement des pressions qui s'exercent dans la cocotte-minute dont vous avez parlé tout à l'heure.

La première, c'est l'excédent de médecins au pays, tout particulièrement dans les centres urbains. Tous les rapports que j'ai pu lire et ma propre expérience de travail dans le domaine de la santé me font dire qu'il y a beaucoup trop de médecins dans les centres urbains et que ces derniers contribuent à faire augmenter terriblement le coût des soins de santé.

Quelles sont vos recommandations en ce qui a trait à la limitation du nombre de médecins au Canada—nous en avons trop et nous en formons trop—et, plus précisément, comment en limiter le nombre dans les centres urbains? Il y a une pénurie dans les régions périphériques, mais, dans les centres urbains, il y en a bien trop. Comment concilier les deux choses, selon vous?

Mme Heidemann: L'une des difficultés est que intuitivement nous avons le sentiment d'avoir trop de médecins, mais que dans la pratique nous n'avons aucun moyen de le vérifier. Les statistiques internationales nous

[Texte]

we really look at our health policy and what services we are going to have where, what kinds of availability and accessibility are going to be an acceptable standard within the country, we really have no definitive way of talking about the exact number of physicians we need.

Our feeling is—and you are quite right, and we talk about it in our brief—that we probably have too many physicians, not for the country perhaps, but in the wrong locations. In answer to your second question, the urban versus rural problem we have of where physicians are located to practise, we have a number of problems that militate against a good distribution. Certainly there are financial incentives to practising in rural areas, and there are the whole lifestyle patterns that one may seek; but a very important one is what has often been referred to as the loneliness of solo practice. When you are not near your colleagues you do not have the methods of ensuring professional development and continuing competence as easily as you do when you are in an urban setting.

I do not think any of these problems are insurmountable. Probably we simply do not have, first of all, the base on which we judge what is proper distribution and what is not. Second, we probably have not looked seriously enough at the incentives we offer to people, particularly physicians, to practise in rural areas. Third, we have not solved the whole issue of how we give some sort of support to physicians and other practitioners who are practising pretty much in isolation in many areas.

I might say to you also that many physicians we hear from or have talked to have talked to us about how hard it is to practise when you are in a rural area, where you may be on call 24 hours a day, 7 days a week. So there are some very real problems there in supporting the practice of medicine.

Ms Clemenhagen: I have one additional comment. In this country we have been very reluctant to establish national health policies. Looking back, the last time we really bit the bullet and established a very strong national health policy was during the Canada Health Act debate. If we are serious about addressing some very political, sensitive, controversial issues, such as numbers of physicians for this country, we are going to have to be prepared to establish strong national health policies and go through the consultation process and the consensus-building process that is needed to establish a sound, strong policy and live with perhaps some of the political fall-out that goes along with establishing a strong policy.

[Traduction]

donnent quelques indices, mais tant que nous ne nous serons pas vraiment penchés sur notre politique de santé, sur les services que nous désirons, sur le type d'accessibilité et de disponibilité qui doit être considéré comme une norme acceptable au pays, nous ne pourrions pas nous prononcer définitivement sur le nombre de médecins dont nous avons besoin.

Notre sentiment—et vous avez tout à fait raison, nous évoquons le problème dans notre mémoire—c'est que nous avons probablement trop de médecins, pas tant au pays, mais dans certaines régions. Pour répondre à votre deuxième question, celle de la localisation des médecins qui pratiquent dans les centres urbains ou au contraire dans les régions rurales, nous nous heurtons à un certain nombre de difficultés qui s'opposent à une bonne répartition. Sans aucun doute, pratiquer dans les régions rurales présente certains avantages financiers, et il y a le cadre de vie, qui peut être préféré par certains. Mais on a souvent parlé de la solitude du médecin en milieu rural. Le praticien éloigné de ses collègues n'a pas les mêmes moyens de poursuivre sa formation professionnelle et de maintenir son niveau de compétence que celui qui pratique en ville.

Je ne pense pas que ces différents problèmes soient insurmontables. Tout d'abord, nous n'avons probablement pas de base de référence pour juger de ce qui constitue une bonne ou une mauvaise répartition. En second lieu, nous n'avons probablement pas suffisamment réfléchi aux avantages que nous pourrions procurer aux gens, et en particulier aux médecins, pour les inciter à pratiquer dans les régions rurales. En troisième lieu, nous n'avons pas encore résolu toute la question de savoir comment aider les médecins et les autres spécialistes qui sont pratiquement isolés dans de nombreuses régions.

Je dois aussi ajouter que de nombreux médecins avec lesquels nous avons pu parler nous disent combien il est difficile de pratiquer dans une région rurale, lorsqu'on est parfois de garde 24 heures par jour, sept jours par semaine. Il y a donc dans ces régions de véritables difficultés à appuyer la pratique de la médecine.

Mme Clemenhagen: J'aimerais faire une autre observation. Nous avons toujours fortement hésité dans ce pays à établir des politiques nationales en matière de santé. Si l'on revient en arrière, on s'aperçoit que la dernière fois que nous avons véritablement pris le taureau par les cornes pour nous doter d'une véritable politique nationale en matière de santé, c'est lorsque nous avons discuté de la Loi canadienne sur la santé. Si nous voulons sérieusement régler des questions politiques, délicates et très sensibles comme celles du nombre des médecins dont a besoin notre pays, il nous faut être prêts à nous doter de véritables politiques nationales en matière de santé et à passer par les mécanismes de consultation et par l'étape d'élaboration d'un consensus devant nous permettre de mettre sur pied une politique ferme et solide tout en acceptant éventuellement les retombées politiques qui accompagnent l'établissement d'une politique ferme.

[Text]

[Translation]

• 1010

Mr. Karpoff: I am not surprised that you do not have a pat answer, because if you did we would have been trying it on. I still think there is an overwhelming consensus that there are too many physicians. We may not have documented it in a total light.

The other area I am very concerned about is how you see the health care system, particularly institutions, in light of the new abortion legislation. How do you see them guaranteeing access to women across Canada to reproductive choice, including their right to have an abortion? We have already heard that physicians are withdrawing their services. They estimate that as many as 50% of the ones now performing abortions will withdraw. As a spokesperson for the hospitals of Canada, where do you think there will be a right to access?

Ms Clemenhagen: The Canadian Hospital Association does have a policy statement on abortion services, and in that policy statement we reaffirm the prerogative and the responsibility of the board of trustees of health care facilities to determine the range of services offered in their facility based on community need. Furthermore, we support the position of the Canadian Medical Association that abortion is a private decision made between a patient and her doctor.

Mr. Karpoff: Do you think there is going to be a crisis with this new legislation?

Ms Clemenhagen: To date there have been isolated circumstances, I think, where physicians have withdrawn their services. It is our hope of course that these will be isolated circumstances and that the medical community will not feel threatened by the legislation. Again, physicians and hospital boards are for the most part very responsive to community health needs, and we put our trust in the medical community and boards of trustees to adopt the range of services necessary to meet their community's health needs.

Mr. Karpoff: My own experience in working in the health care field is with the sort of compartmentalization of the health care system. You get community health facilities, long-term care facilities, acute care and convalescent facilities. The money is all given to the various institutionalized compartments, and there is no mechanism where you can sit down as a total community and say you have x number of dollars, which will include physicians' salaries, acute care beds, long-term care beds, public health. If you save money in expensive hospitals, you can put that into, say, community health.

Do you have any idea how you might start setting up an administrative system that would allow for an integration of health care? In British Columbia a number of years ago we tried the health and social service boards in two or three

M. Karpoff: Je ne suis pas surpris que vous n'ayez de réponse toute faite, sinon nous l'aurions déjà essayée. Je continue à penser que de l'avis général, nous avons bien trop de médecins. Nous n'avons peut-être pas encore sû véritablement le démontrer.

Un autre point me préoccupe en particulier, c'est celui de savoir de quelle façon vous concevez le rôle du système de santé, et plus particulièrement des établissements, compte tenu de la nouvelle loi sur l'avortement qui a été adoptée. Comment, selon vous, vont-ils garantir dans tout le Canada la liberté de choix, notamment le droit de se faire avorter? Nous avons déjà entendu dire que les médecins retirent leurs services. On estime que jusqu'à 50 p. 100 des médecins qui pratiquent à l'heure actuelle les avortements vont se retirer. En tant que porte-parole des hôpitaux du Canada, où pensez-vous qu'il y aura un droit d'accès?

Mme Clemenhagen: L'Association des hôpitaux du Canada a énoncé sa politique sur les services d'avortement, et dans cet énoncé de politique, nous réaffirmons qu'il appartient et qu'il incombe au conseil d'administration des différents établissements de santé de fixer la gamme des services dispensés dans leur établissement en fonction des besoins de leur communauté. Nous appuyons en outre la position de l'Association médicale canadienne selon laquelle l'avortement est une décision privée qui est prise entre le médecin et son client.

M. Karpoff: Pensez-vous que cette nouvelle législation va entraîner une crise?

Mme Clemenhagen: À mon avis, jusqu'à présent il y a eu des cas isolés de médecins qui ont retiré leurs services. Nous espérons bien entendu que cela restera des cas isolés et que le monde médical ne se sentira pas menacé par la législation. Là encore, il faut dire que les médecins et les conseils d'administration des hôpitaux sont en majeure partie prêts à répondre aux besoins de leur communauté en matière de santé, et nous faisons confiance au monde médical et aux conseils d'administration des hôpitaux, qui sauront adopter la gamme de services répondant aux besoins de leur communauté en matière de santé.

M. Karpoff: D'après mon expérience de praticien, le système des soins de santé est en quelque sorte compartimenté. Il y a les établissements de santé communautaires, les établissements de soins à long terme, les établissements de soins d'urgence et les maisons de convalescence. Les crédits sont donnés aux différents établissements compartimentés, et aucun mécanisme ne permet d'établir au niveau de la communauté combien de dollars sont consacrés à la santé, y compris les salaires des médecins, le coût des lits dans les services d'urgence et les services de soins à long terme ou encore les crédits consacrés à la santé publique. L'argent épargné dans les hôpitaux onéreux peut être consacré par exemple à la santé communautaire.

Avez-vous une idée de système administratif permettant l'intégration des soins de santé? Il y a quelques années, nous avons essayé en Colombie-Britannique d'implanter des conseils sur la santé et les services sociaux dans deux ou trois

[Texte]

communities. They were done away with for political reasons, not because they were not successful. Do you have any idea how we might change the structure of delivering health care that would allow for this type of integration and the financial flow of money?

Ms Heidemann: I think at the heart of all this is what we fondly refer to as the turf syndrome, which has been perpetuated throughout the system. We have in the past compartmentalized things in the health care system certainly, but within government too the funding envelopes available for health have been very compartmentalized. In terms of the various constituents of the health care system, there has not been much incentive to look at co-operation, because your funding stream was only for a particular part of the system and that is the part of the system you related to.

What I want to convey to you is that we are very much a health care system in transition. Everything is up for grabs at the moment. We are desperate to try new ways to do things, and I think one of the recognitions or of the realizations we have come to is exactly what you have pointed out, that we can no longer function as all these separate little parts that, if they can help it, never talk to one another, or that some parts of the system are more powerful than other parts of the system.

• 1015

I think we are beginning to see, for example, hospital walls being torn down, figuratively. We are beginning to see, out of necessity, the need to look at more community services, so automatically there is an interest in how you shift funds from hospital to community. We are certainly beginning to recognize that the influence of social services is of utmost importance on the health of individuals, and what the result of being unhealthy is when you have to go to an institution.

In terms of administrative structures I think what we are seeing across the country—and all provinces are beginning to experiment with this—are different ways of arranging the administration of moneys. Ontario at the moment is trying to redesign, for example, the roles of its district health councils by giving the district health councils more power over the funding envelope for a particular region.

One of the fundamental problems is that you never quite get the relinquishing of the power of the money from the government, from the provincial bureaucrats. They still want to retain control. So that even if you have a very strong local, regional participation, or translate that into an administrative structure, that structure sometimes is not allowed to function because it is a political decision that is made at the top.

Until we can decide whether we are going to allow decentralized decision-making to more regional levels and then allow that group to deal not only with the delivery of health services but also the delivery to a certain extent of social services, we are not going to make much progress in administrative structures, because we do not know what we are designing at the moment. But we are working on it. In spite of all this confusion I think there is a great deal of

[Traduction]

localités. On s'en est débarrassé pour des raisons politiques, non parce qu'ils ne donnaient pas de bons résultats. Avez-vous une idée de la façon dont on pourrait changer la structure des services de santé pour assurer ce genre d'intégration et l'acheminement des crédits?

Mme Heidemann: Je pense que tout revient finalement à cette question de chasse gardée que l'on retrouve dans tout le système. Bien sûr, nous avons par le passé compartimenté le système de soins de santé, mais au gouvernement les enveloppes de crédits consacrés à la santé sont, elles aussi, très compartimentées. Parmi les différents intervenants du système de santé, personne n'a véritablement été incité à coopérer, parce que le financement était destiné à une partie du réseau, celle qui vous intéressait.

Ce que je veux vous faire comprendre, c'est que notre système de soins de santé est actuellement en pleine transition. Tout est remis en question à l'heure actuelle. Nous sommes prêts à tout essayer et je pense que nous en sommes venus entre autres exactement à la même conclusion que vous et que nous ne pourrions plus opérer en petites unités compartimentées qui, si elles le peuvent, ne communiquent jamais les unes avec les autres, certaines d'entre elles étant plus puissantes que d'autres.

Nous commençons par exemple, si je puis m'exprimer ainsi, à abattre les murs des hôpitaux. Comme nous sommes obligés d'envisager la création d'un plus grand nombre de services communautaires, nous nous intéressons automatiquement à la façon dont on peut transférer les crédits des hôpitaux à la communauté. Nous commençons à nous rendre compte que l'incidence des services sociaux sur la santé des individus est de la plus grande importance et qu'une mauvaise santé débouche sur une admission à l'hôpital.

Pour ce qui est des structures administratives, je pense que nous voyons apparaître dans tout le pays—et toutes les provinces commencent à en faire l'expérience—différentes façons d'organiser l'administration des crédits. Ainsi par exemple, l'Ontario s'efforce à l'heure actuelle de redéfinir le rôle de ses conseils de santé de district en leur donnant davantage de pouvoir sur les enveloppes budgétaires consacrées à une région en particulier.

L'une des grandes difficultés, c'est que l'on peut difficilement empêcher les gouvernements, les fonctionnaires provinciaux, de conserver la mainmise sur les crédits accordés. Ils veulent conserver un pouvoir de contrôle. En conséquence, même lorsqu'il y a une forte participation régionale ou, pour revenir à notre propos, une bonne structure administrative, cette structure est parfois bloquée parce qu'il y a une décision politique qui est prise au sommet.

Tant que nous n'aurons pas décidé dans quelle mesure nous voulons décentraliser davantage les pouvoirs de décision en faveur des régions et permettre aux groupes concernés de dispenser non seulement des services de santé mais aussi, jusqu'à un certain point, des services sociaux, nous ne ferons pas de progrès en ce qui a trait à l'élaboration de structures administratives, parce que nous ne savons pas ce qu'il nous faut élaborer pour l'instant. Mais nous nous sommes attelés

[Text]

interest at the local level that we begin to change things and that we begin to design a system which will be broader and not so blinkered by segment.

The Chairman: In your earlier comments you raise the situation relative to the number of physicians. There was a report that came out in the last month in Alberta. The population there has been pretty well constant the last 10 years, yet the number of physicians has increased 20% during that time. I would think, too, those areas that were probably feeling the shortage of adequate physicians probably have not changed very much. I would assume the vast majority would be in the two large centres, Calgary and Edmonton. Whether we were short 10 years or have more physicians in some areas than we really require now is a question we have to consider.

The other thing that went hand in hand with that was the attendant cost to the health care system, the announcement recently of a 15% increase in the cost of premiums for health care in that province. I assume that perhaps would be much the same in other parts of Canada, although I know some of our provinces, Saskatchewan in fact, are going down in population. Others may be growing. Is the public receiving the benefits for the cost that is involved with that situation? I just mention that because it came out very recently.

Ms Greene (Don Valley North): First of all, I would like to welcome you to the committee and thank you for appearing.

I was struck by the table on page 7. This is cited by province or territory. Under Ontario, you do not identify critical care nurses or specialized nurses, radiologists and so on. Every day we see headlines in *The Toronto Star* and *The Globe and Mail* and so on that indicate that there are very long waiting lists for cancer care and heart surgery and that very critical cases are not receiving early enough attention. I know the emergency waiting rooms are jammed, certainly at North York General Hospital. I guess the downtown ones are not as busy, but the suburban ones are certainly talking about being overloaded and ambulances are being refused at the closest hospital and they have to go great distances and so on.

• 1020

I wonder what kind of criteria you used to establish this assessment, because obviously somebody has assessed the different provinces. Why have you not identified any shortages in Ontario when they are so apparent to the population?

Ms Clemenhagen: This table represents a polling of our member associations. So a call went out to the 11 members of the Canadian Hospital Association asking them to comment on health manpower shortages, and this is a

[Translation]

à la tâche. Même si tout cela est confus, je pense que l'on se montre très intéressé au niveau local par le changement et que l'on souhaite que l'on commence à mettre sur pied un système plus élargi et moins compartimenté.

Le président: Vous avez évoqué la situation de notre pays en ce qui a trait au nombre de médecins. Un rapport a été publié le mois dernier en Alberta. La population de cette province est restée relativement constante au cours des deux dernières années et pourtant le nombre de médecins a progressé de 20 p. 100 au cours de cette même période. J'imagine aussi que les régions qui manquent de médecins qualifiés sont probablement elles aussi les mêmes. J'imagine que la grande majorité des médecins se trouvent dans les deux grands centres, soit Calgary et Edmonton. Il s'agit maintenant de savoir si nous avons eu une pénurie de médecins pendant 10 ans ou si nous avons plus de médecins qu'il nous en faut dans certaines régions.

Cette question nous amène tout naturellement à celle qui a trait au coût du système de soins de santé et l'on a annoncé récemment une augmentation de 15 p. 100 du coût des prix d'assurance-santé dans cette province. J'imagine qu'il doit en être de même dans les autres régions du Canada même si je sais que dans certaines provinces, c'est le cas de la Saskatchewan, la population diminue. Il est possible que dans d'autres provinces la population augmente. Le public reçoit-il des prestations correspondant à de telles augmentations de coût? Je donne cette information parce qu'elle vient juste de paraître.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Tout d'abord, je vous souhaite la bienvenue et je vous remercie de comparaître devant le comité.

J'ai été frappée par le tableau de la page 7. Ce tableau donne des statistiques par province et par territoire. En ce qui a trait à la province de l'Ontario, vous ne mentionnez pas de pénurie en ce qui a trait aux infirmières préposées aux soins d'urgence ou aux soins spécialisés, radiologues, etc.. Tous les jours nous pouvons lire dans les manchettes de journaux comme le *The Toronto Star* ou le *The Globe and Mail* qu'il y a de longues listes d'attente dans les services de soins aux cancéreux ou de chirurgie cardiaque et que des malades dont le cas est très grave ne bénéficient pas de soins suffisants. Je sais que les salles d'attente des services d'urgence sont encombrées, du moins c'est le cas à l'Hôpital général de North York. J'imagine que les hôpitaux du centre-ville sont moins pleins, mais les hôpitaux de banlieues se plaignent d'être surchargés et les ambulances essuient des refus dans les hôpitaux les plus proches, doivent parcourir de grandes distances, etc..

Je me demande sur quels critères vous avez basé cette évaluation parce qu'il est évident que quelqu'un a dû évaluer les différentes provinces. Pour quelles raisons n'avez-vous pas décelé de pénuries en Ontario alors qu'elles sont si apparentes aux yeux de la population?

Mme Clemenhagen: Ce tableau est le résultat d'un sondage fait auprès des associations qui sont nos membres. Nous avons appelé les 11 membres de l'Association des hôpitaux du Canada pour leur demander de commenter la

[Texte]

descriptive summary of the responses we received. I apologize; obviously a typographical error has slipped into our report, because I recall from doing the summary that the Ontario Hospital Association as well as the Quebec Hospital Association did identify nursing shortages and in particular maldistribution problems with both nursing and physician manpower. So my apologies for that typographical error.

Ms Greene: In fact, the shortage is occurring in the urban areas as opposed to the rural areas, because nobody wants to live in downtown Toronto any more. You cannot afford to.

Ms Heidemann: Actually, if you look at the province of Ontario, the major nursing shortages are in downtown Toronto. The peripheral hospitals of Toronto are not experiencing the same kinds of shortages. So if you average it out across the province, we do have nursing shortages but they are mostly in the urban areas, principally in Toronto in Ontario. A lot of that is due to the lifestyle conditions of working in downtown Toronto.

With respect to other shortages you mentioned, though, you mentioned cancer treatment centres, and certainly within Ontario at least that has been a problem. What has happened there is the amount of money available for cancer treatment centres has not kept pace with the increased demand. So I do not know if we know whether that is a problem of manpower shortage or of financial underfunding at the moment.

You also mentioned emergency rooms. Certainly any health care facility with an emergency room will tell you that by and large the majority of patients they are treating in the emergency room are not true emergencies. So we have to take that one with a grain of salt, because we know that in many off-hours in most of our emergency rooms we are providing community health services. So the statistics there bear some careful scrutiny.

Ms Greene: But is that not basically because our health service does not provide service when in fact people are sick? Children, for example: their fevers go up in the evening—

Ms Heidemann: There is nowhere to go.

Ms Greene: There is no place to go.

Ms Heidemann: That is correct. In all fairness, I think most of our hospital emergency rooms are acknowledging that this is simply a part of the population that will be treated under the heading of emergency services. It does often create long waits in an emergency room, but not for the true emergency. There is a very careful system of triage and—

Mr. Karpoff: Waiting in hospital 36 hours for an appendectomy?

• 1025

Ms Heidemann: I do not think we should comment on that one specifically. But by and large, generally speaking, true emergencies are looked after first.

[Traduction]

pénurie de main-d'oeuvre en matière de santé et cela est le compte rendu descriptif des réponses que nous avons reçues. Je dois vous faire mes excuses car une erreur a dû se glisser dans le rapport puisque je me souviens bien que lorsque j'ai fait la récapitulation l'Association des hôpitaux de l'Ontario comme l'Association des hôpitaux du Québec ont toutes deux parlé d'une pénurie d'infirmières et en particulier d'un problème de mauvaise répartition entre les infirmières et les médecins. Je vous prie donc de m'excuser de cette erreur de frappe.

Mme Greene: En fait, la pénurie concerne les zones urbaines et non les régions rurales, car plus personne ne veut vivre au centre-ville de Toronto. Personne n'a les moyens d'y vivre.

Mme Heidemann: Si vous considérez la province de l'Ontario, vous voyez en fait que la pénurie se produit principalement au centre-ville de Toronto. Les hôpitaux de la périphérie de Toronto n'ont pas de pénuries de ce genre. Si vous faites la moyenne dans la province, vous constatez qu'il y a une pénurie d'infirmières, mais qu'elle est surtout concentrée dans les zones urbaines, principalement en Ontario à Toronto. Cela s'explique en grande partie par le régime de vie que suppose le fait de travailler au centre-ville de Toronto.

En ce qui a trait maintenant aux autres types de pénurie que vous avez mentionnés, vous avez parlé des centres de traitement contre le cancer et, en Ontario tout au moins, il y a un problème à ce niveau. Il se passe en réalité que le montant des crédits accordés aux centres de traitement contre le cancer n'a pas suivi l'augmentation de la demande. Je ne sais donc pas si nous avons là pour le moment un problème de pénurie de main-d'oeuvre ou de manque de crédits.

Vous avez évoqué la question des salles d'urgence. Tous les établissements de santé dotés d'une salle d'urgence vous diront à n'en pas douter que la grande majorité des malades qui sont traités en salle d'urgence ne constituent pas de véritables urgences. Il ne faut donc pas prendre la chose au tragique parce que nous savons bien que pendant les heures creuses bien souvent nos salles d'urgence se transforment en services de santé communautaires. Les statistiques doivent donc être utilisées ici avec précaution.

Mme Greene: Mais n'est-ce pas au fond parce que nos services de santé ne dispensent pas de services alors que ces gens sont bien malades? Prenons le cas des enfants qui font des montées de fièvre le soir. . .

Mme Heidemann: Il n'y a pas d'autre endroit où aller.

Mme Greene: On ne peut aller nulle part.

Mme Heidemann: C'est exact. Je dois reconnaître que la plupart de nos services d'urgence dans les hôpitaux sont bien conscients du fait que c'est là tout simplement une frange de la population qui sera traitée sous la rubrique des soins d'urgence. Il en résulte souvent de longues files d'attente dans les salles d'urgence, mais ce n'est pas le cas pour les véritables urgences. Il y a un système de tri très précis et. . .

M. Karpoff: Un délai d'attente de 36 heures dans un hôpital pour une appendicite. . .

Mme Heidemann: Nous ne devrions pas faire de commentaires sur ce point précis. Mais, en général, on s'occupe d'abord des vraies urgences.

[Text]

One other thought has occurred to me. We were both at a convention last week of all the medical association people where we heard a speaker from the U.S. who told us that at the moment in the United States they do not have their quota of medical students. Being a doctor is becoming less and less attractive in the States. They are beginning to be quite concerned about this trend. To date we have not experienced that trend, but it is something we are going to have to watch because it could be that we are setting up circumstances that will in fact make being a physician less and less attractive as time goes by.

I offer that to you as a bit of information we were quite surprised about.

Ms Greene: A doctor is not considered an acceptable job under our immigration policy. It is a protected category. There are many immigrants I have run into who have medical backgrounds who are not working as doctors in this country because they could not come in as doctors. I think there is a tremendous resource there.

When you look at statistics and so on, the Northwest Territories came to mind. The Northwest Territories has a population of only about 35,000. It is enormous, almost the size of the rest of Canada. To my way of thinking it would never be feasible to provide highly specialized services up there except on a highly centralized basis. They are going to have to fly in from all over the place. So to think of having a health care plan based on per capita population or something allocated on a provincial basis seems to me an absurd way to go.

I had another thought in looking at the material. Are we not in fact experiencing a tremendously increased demand for health services similar to that experienced in the United States as the population becomes more aware that things can be fixed, that there are treatments available for various problems? I think of the enormous increase in heart operations and similarly head injury patients who used not to experience any kind of treatment and are now aware they can be rehabilitated to a high degree. There seems to be tremendous support in Toronto for more health care, and I think that is reflected in other parts of the country. I do not see any of the public saying they want less health care. Politicians are certainly frightened of the dollars, because how far can we go in this whole field?

I am wondering what you see happening. Are we going to be having to pay a larger and larger proportion of our tax dollars for more and more health care? Some of the European countries have instituted fees in trying to control it and seem to be doing a better job than either the United States or Canada.

Ms Clemenhagen: I think your comment is well taken. Health and social services have the potential to be an endless source of demand for services. However, I think there is a real commitment, and the scientific base of medicine itself

[Translation]

Quelque chose d'autre m'est venu à l'esprit. La semaine dernière, nous participions toutes deux à un congrès qui réunissait des représentants de toutes les associations médicales, et nous y avons entendu un conférencier des États-Unis qui disait qu'à l'heure actuelle, aux États-Unis, les facultés de médecine des universités américaines ne sont pas toutes remplies. Il devient de moins en moins intéressant de devenir médecin aux États-Unis. Cette tendance commence à en inquiéter plusieurs. Elle ne se manifeste pas encore ici, mais nous allons devoir être sur nos gardes parce que nous sommes peut-être en train de rendre la profession médicale de moins en moins intéressante avec le temps.

C'est de l'information que je transmets qui nous a vraiment étonnées.

Mme Greene: On ne reconnaît pas la profession médicale dans notre politique de l'immigration. C'est une catégorie protégée. J'ai rencontré de nombreux immigrants qui ont une formation médicale, qui ne pratiquent pas au Canada, n'ayant pas pu y être reçus en tant que médecins. Je pense que cela représente une ressource énorme.

En examinant les statistiques, les Territoires du Nord-Ouest me viennent à l'esprit. La population n'y est que d'environ 35,000 habitants. Le territoire est énorme. Il est presque aussi grand que le reste du Canada. Selon moi, on ne pourrait jamais y offrir de services hautement spécialisés, si ce n'est d'une façon très centralisée. Il faudrait énormément compter sur l'avion pour fonctionner. Par conséquent, vouloir administrer un régime de santé selon la population ou sur une base provinciale me paraît absurde.

En examinant la documentation, une autre pensée m'est venue à l'esprit. Avec la population qui devient de plus en plus consciente que l'on peut guérir certaines choses, qu'il y a de plus en plus de traitements possibles en fonction de divers problèmes, ne sommes-nous pas en train de vivre en réalité la même expérience que celle que l'on a connue aux États-Unis, à savoir une augmentation énorme de la demande de services dans le domaine de la santé? Je songe à l'augmentation énorme des opérations au coeur, ainsi qu'aux victimes de blessures à la tête pour lesquelles il n'y avait pas de traitement possible auparavant, et qui peuvent aujourd'hui être soignées dans une large mesure. A Toronto, on semble réclamer très fort davantage de soins de santé, ce qui se reflète aussi d'ailleurs, je pense, dans d'autres parties du pays. Personne ne veut moins de soins de santé. Les politiciens ont sûrement peur des sommes que cela représente, parce que jusqu'où peut-on aller dans ce domaine?

Comment voyez-vous l'avenir? Allons-nous devoir consacrer une partie de plus en plus importante de nos ressources fiscales pour obtenir de plus en plus de services de santé? Dans certains pays d'Europe, on a commencé à faire payer certains services, pour contrôler la situation, et tout semble mieux fonctionner qu'aux États-Unis et au Canada.

Mme Clemenhagen: Votre observation est juste. Les services de santé et les services sociaux peuvent devenir une source de demande sans fin. Toutefois, je pense qu'il y a un véritable engagement, et le fondement scientifique de la

[Texte]

has a built-in commitment to assess what we are doing and how beneficial what we are doing is on the health status of the individual receiving the services, so I think things are not so bleak as one could make them out to be. There is that commitment to assess the quality of medical care, the effectiveness of the care provided, as well as contained costs.

I would disagree somewhat with your comment concerning the success of other western industrialized nations on controlling costs. I think Canada has been very successful in keeping its costs down, particularly in comparison with the United States. We need to ensure there is adequate funding and long-term availability of funding for health and social services.

• 1030

The key to that is perhaps not even a health issue; the key is economic growth, so we can be assured of a financial base and will have public funds available to fund health and social services. Within the sector, we have to be most committed and driven by the desire to make sure that the way we use those resources is as efficient as we can possibly make it. To do that, we need consistent incentives and a framework that does not accept inefficiency in the delivery of services. Certainly the Canadian Hospital Association recognizes its commitment to advocate the most efficient use possible of the resources that are entrusted to health care facilities.

Ms Heidemann: If I could comment on the north, I think it is indicative of one of the problems we have, and that is that we do not really have a definition of what access means within the system, whether it means I have it on the spot, within 10 minutes of my house, or there is provision for me to receive the service regardless of whether that means travelling or not.

With the north, we are always in somewhat of a dilemma because people there are certainly as knowledgeable as the rest of us about what is available in the way of health care services, and the question is what is reasonable to have on the spot within the northern communities as opposed to what is reasonable to have within reasonable air ambulance time and the cost of trade-offs in doing that. The other problem many of our northern practitioners have, even our specialists who practise in the north, is simply keeping up their competence due to volume.

There are so many dimensions to the issue. It is not going to be an easy one to solve, although certainly there are lots of discussions now about what is appropriate, given volume, competence and finance on the spot in the north and what should be obtained from sister hospitals elsewhere in the country.

[Traduction]

médecine même est engagé à évaluer ce que nous faisons et dans quelle mesure les services sont bénéfiques pour la santé de ceux qui les reçoivent. La situation n'est donc pas aussi triste qu'on pourrait le prétendre. Il y a cet engagement qui existe à évaluer la qualité des soins médicaux, l'efficacité des soins fournis, ainsi qu'à contrôler les coûts.

Je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous au sujet du succès d'autres pays industrialisés à contrôler leurs coûts. Je pense que le Canada a très bien fait pour ce qui est du contrôle de ses coûts, notamment si on compare sa situation à celle des États-Unis. Nous devons nous assurer d'un financement adéquat et de la disponibilité d'un tel financement à long terme en ce qui a trait aux services de santé et aux services sociaux.

La solution à cela n'est peut-être même pas une question de santé. Elle réside dans une croissance économique qui nous garantira une base financière et les fonds publics qui nous permettront de financer nos services de santé et nos services sociaux. Dans ce secteur, nous devons être des plus engagés et animés du désir de faire en sorte d'utiliser ces ressources de la manière la plus efficace possible. Pour y arriver, nous avons besoin d'encouragements constants ainsi que d'un cadre qui exclut l'inefficacité dans la prestation des services. Il ne fait aucun doute que l'Association des hôpitaux du Canada reconnaît son engagement à militer en faveur de l'utilisation la plus efficace possible des ressources engagées dans les établissements de santé.

Mme Heidemann: Si je peux revenir à la question du Nord, je pense que cela est symptomatique de l'une des difficultés que nous éprouvons, à savoir que nous ne savons pas vraiment ce que signifie accès, s'il s'agit de services qui doivent être disponibles de façon immédiate, à 10 minutes de chez moi, ou s'il est prévu que je puisse bénéficier des services, que cela signifie que je sois obligée de me déplacer sur de longues distances ou non.

Au sujet du Nord, nous nous retrouvons toujours devant une espèce de dilemme, parce que les habitants du Nord savent sûrement aussi bien que nous ce qui existe en matière de services de santé, et la question est de savoir ce qu'il est raisonnable d'offrir sur place, dans les collectivités du Nord, par opposition à ce qu'il est raisonnable d'offrir au moyen de transport aérien, en comparant les coûts des deux situations. L'autre difficulté qu'éprouve un grand nombre de nos médecins qui pratiquent dans le Nord, même nos spécialistes qui y pratiquent, consiste tout simplement à conserver leurs connaissances à jour en raison de leur charge de travail.

Il y a tellement d'aspects au problème. Il ne sera pas facile à résoudre, malgré toutes les discussions qu'il peut y avoir à l'heure actuelle au sujet de ce qui conviendrait, en tenant compte du volume, de la compétence et du financement de services sur place dans le Nord, et de ce que l'on devrait obtenir d'autres hôpitaux ailleurs au pays.

[Text]

The Chairman: In your chart showing the statistics relative to the population of active positions, it goes from 1976 to 1986. Do you think that trend has continued in the last four years? Is the number of Canadian physicians likely to continue going down? Are they seeing fewer people more often? Are people using the facilities more? Is that one of the reasons? What are your comments on that?

Ms Heidemann: I do not think we have seen any statistics that would tell us there is a definite pattern of increased utilization of facilities. As was pointed out earlier, we have a number of new technologies that people are aware of, so there is a tendency to want to partake of those technologies. I do not think we have seen any kind of trend.

A lot of things we would have looked at in hospital previously, which would have required an in-patient stay, are now being done on an out-patient basis, very safely and very competently. We definitely see that shift. I think we see a different kind of utilization in our hospitals, backed up by an increased utilization of our out-patient and community-based services.

We tend to see the average length of stay coming down, probably on a national basis not as far down as we would like to have it yet, but as a result of this we tend to see sicker patients for a shorter period, who are then going back to the community with support to recuperate. A lot of that is due to the financial crunch, but a lot of it is due to the recognition that perhaps we do not need the expensive facility for this procedure and that it can be safely and competently done elsewhere.

• 1035

Mr. Karpoff: I know there are people waiting, but there is one question we have to start addressing now because the crunch is coming. That is the changing demographics and the ageing population and the whole question of, for lack of a better term, heroic medical treatment that may prolong a person's life in theory a week or two weeks or three weeks but where there is no quality of life. Do you see any move by Canadians to come to grips with duality of those two issues?

Ms Heidemann: I think certainly we are seeing more public awareness of this dilemma. Certainly within health care facilities we are beginning to grapple with it, again because we are scrutinizing our use of resources, and one has to ask if this is the best use of resources to prolong life when there is no possibility of a quality life emerging afterwards.

However, we are still very much in the mind-set of doing everything possible for the patient and for the patient's survival, so our practitioners still will use that perspective first: can we save the patient; can we prolong the life? We

[Translation]

Le président: Dans le tableau où il est question de la population par médecin civil en exercice, vous illustrez la situation de 1976 à 1986. Cette tendance s'est-elle poursuivie au cours des quatre dernières années, selon vous? Le nombre de médecins canadiens risque-t-il de continuer de décroître? Voient-ils moins de gens plus souvent? Utilise-t-on davantage les établissements? Est-ce l'une des raisons? Quelles observations pouvez-vous nous faire là-dessus?

Mme Heidemann: Rien ne semble vraiment démontrer de façon certaine que l'utilisation des établissements de santé augmente. Comme on l'a fait remarquer plus tôt, il y a un certain nombre de nouvelles techniques dont les gens connaissent maintenant l'existence. Il y a donc une tendance à vouloir en bénéficier. Je ne pense pas que nous ayons décelé quelque espèce de tendance que ce soit.

Il y a bien des examens qui auraient exigé l'hospitalisation d'une personne, auparavant, qui peuvent être exécutés aujourd'hui en clinique externe, en toute sécurité et de façon experte. C'est une nouvelle réalité très évidente. Nous utilisons aujourd'hui nos hôpitaux de façon différente, en ayant de plus en plus recours aux cliniques externes et aux services communautaires.

La durée moyenne du séjour a tendance à diminuer, non pas aussi vite qu'on le souhaiterait au niveau national cependant, si bien que les gens très malades sont hospitalisés moins longtemps et retournent ensuite dans la communauté où ils seront aidés pendant leur convalescence. Cela est en grande partie dû aux difficultés financières que nous connaissons, mais aussi à la reconnaissance que nous n'avons peut-être pas besoin de telle ou telle installation coûteuse pour exécuter ceci ou cela, et que la chose peut très bien être faite ailleurs d'une manière sûre et compétente.

M. Karpoff: Je sais qu'il y a des gens qui attendent, mais il y a une question à laquelle nous devons maintenant commencer à songer parce que le moment critique s'en vient. Il s'agit de l'évolution démographique, du vieillissement de la population, et de toute la question, à défaut d'une meilleure expression, du traitement médical héroïque qui peut permettre de prolonger la vie de quelqu'un, en théorie, pendant une ou deux semaines, ou trois semaines, mais sans que l'on puisse vraiment parler de qualité de vie. Avez-vous perçu un mouvement quelconque de la part des Canadiens pour s'attaquer à la difficulté que posent ces deux questions?

Mme Heidemann: Nous avons sûrement constaté une conscience plus grande de ce dilemme dans la population. Dans les établissements de santé, on a commencé à s'attaquer au problème, parce que l'on surveille de très près l'utilisation que l'on fait des ressources, et il faut justement se demander si c'est bien utiliser les ressources que de prolonger la vie de quelqu'un lorsqu'il n'y a aucune possibilité qu'elle redevienne d'une qualité acceptable.

Toutefois, nous sommes encore très ancrés dans le principe qui veut que l'on fasse tout ce qu'il est possible de faire pour le patient et pour sa survie. Nos médecins se demandent donc encore en tout premier lieu s'ils peuvent

[Texte]

still see, I think, not such good shared decision-making when it comes to these very difficult choices that families and patients themselves have to make. Oftentimes, for example, we will see patients who say: do not do anything heroic for me. Yet when the family comes in, the family will say: do absolutely everything possible to save my mother, my father, my spouse.

I suppose the physician and the nurses, the health care team, are put in the position where they often have to acquiesce in using the heroic measures when they know in fact that there is very little benefit to be gained. Part of that is our legal system. Part of it is the whole problem that this has never been a publicly aired kind of discussion.

I think we are coming very close to the point where there it must be a publicly aired discussion, where we must begin to talk about this openly not only amongst the health care providers but amongst consumers. I must say I feel optimistic that we will be able to do this if it is a collective discussion, and it is not felt to be one that is dictated by finance or one that is dictated by law, which is what we are in the position of having right now.

Ms Phinney (Hamilton Mountain): I would like to welcome you both to the committee.

You said that bed closures were due not to money but to lack of staff. Is lack of staffing not partly due to lack of money?

Ms Heidemann: I said some bed closures are not due to lack of money. I again refer to downtown Toronto where the closure of critical care beds is really due to shortage of staff and not to funding problems, but in a sense you are right that it becomes an indistinguishable kind of thing. If we could pay critical care nurses lots and lots of money, perhaps it would be more and more attractive for them to work in our downtown urban hospitals. This is a very complex argument and has a fair amount to do with the union positions that are taken by nurses themselves. In Ontario, again for example the Ontario Nurses' Association has never wanted to have a differential between types of nurses or geographical location.

• 1040

So this is something I expect will emerge as an issue later on. But you are right: it is very hard to separate the two, but in some cases we do know that it is not because the hospital does not have money that they cannot hire staff.

Ms Phinney: My next question was referring to this chart. You have answered part of it. You based it on the judgment of one person in each province. Is that how you got this? You said you did a mailing out to—

[Traduction]

sauver le patient, s'ils peuvent prolonger sa vie. Le processus de prise de décisions n'est toujours pas ce qu'il devrait être lorsqu'il s'agit des choix très difficiles que les familles et les patients eux-mêmes doivent faire. Il arrive souvent, par exemple, que des patients disent à leur médecin de ne rien faire d'héroïque pour les maintenir en vie. Par contre, la famille insiste pour que l'impossible soit fait pour sauver la vie de la mère, du père, du conjoint.

Je suppose que les médecins et les infirmières, l'équipe médicale, sont souvent obligés d'acquiescer à la demande en utilisant des mesures héroïques, sachant fort bien que c'est peine perdue. Cela tient en partie à notre système juridique. Cela revient aussi au problème qui tient au fait que ces questions n'ont jamais fait l'objet d'une discussion publique.

Nous sommes très près du moment où nous allons devoir en discuter publiquement, et où ces questions vont devoir être discutées ouvertement, non seulement parmi les praticiens de la santé, mais aussi parmi ceux qui utilisent les services. Je dois dire que je suis optimiste et que je pense que nous pouvons y arriver si nous en discutons collectivement et si la discussion n'est pas dirigée par des impératifs dictés par les finances ou par la loi, ce qui est possible à l'heure actuelle.

Mme Phinney (député de Hamilton Mountain): Je vous souhaite la bienvenue à notre comité.

Vous avez dit que les fermetures de lits étaient dues non pas au manque d'argent, mais au manque de personnel. Le manque de personnel n'est-il pas aussi en partie dû à un manque d'argent?

Mme Heidemann: J'ai dit que certaines fermetures de lits ne sont pas dues à un manque d'argent. Je reprends l'exemple du centre-ville de Toronto, où il y a un certain nombre de lits pour les malades en phase aiguë qui ont été fermés en raison, vraiment, d'un manque de personnel, et non pas en raison de difficultés de financement. Mais vous avez toutefois raison de dire, dans un certain sens, que c'est un peu du pareil au même. Si nous pouvions offrir de très gros salaires à des infirmières spécialisées en soins de phase aiguë, il serait peut-être beaucoup plus intéressant pour elles de travailler dans nos hôpitaux du centre-ville. C'est une argumentation très complexe, qui s'apparente de très près aux positions syndicales qui sont soutenues par les infirmières elles-mêmes. En Ontario, par exemple, l'*Ontario Nurses' Association* n'a jamais voulu que l'on fasse de différence entre les genres d'infirmiers et d'infirmières ou les endroits géographiques.

C'est donc une question qui se posera plus tard. Mais vous avez raison. Il est très difficile de faire la part des choses, mais dans certains cas, nous savons que ce n'est pas par manque d'argent que les hôpitaux ne peuvent pas embaucher du personnel.

Mme Phinney: Ma question suivante a trait à ce tableau. Vous avez répondu en partie. Vous vous êtes fiés au jugement d'une personne dans chaque province. Est-ce ainsi que vous avez procédé? Vous dites avoir envoyé un questionnaire à . .

[Text]

Ms Clemenhagen: It is based on reports from our member associations. CHA is made up of 11 provincial and territorial associations, and the way we develop policy statements is by requesting input and advice and feedback from our members.

Ms Phinney: Looking at your chart, I just cannot figure out why... You would think there would be more little X's marked in the Northwest Territories, as you were mentioning. They should be scarce in almost every single area. They should have problems everywhere, but they do not. Manitoba is way ahead of everybody else in having problems. Can you explain it? It cannot be climate, because the Northwest Territories is not worse. Why is Manitoba in such a state?

Ms Clemenhagen: It is a function of how individual associations responded to our requests for input.

Ms Phinney: So you do not have a uniform—

Ms Clemenhagen: No, that is correct. Each of the—

Ms Phinney: So that is what makes this chart questionable.

Ms Clemenhagen: You are correct. Each of the associations responded in the way it felt appropriate to let us know what its problems were. So the chart is an agglomeration of all the responses. The chart is not an objective grid to which the members responded; it is the accumulated information from all 11 member associations.

Ms Phinney: So Manitoba could be a bit more sensitive to the issue and say it wants such and such, and another province could say it is doing okay but could have a worse problem.

Ms Heidemann: To elaborate further on what Carol is saying, each of the provinces will have its own manpower study and its own analysis of what health manpower is within the province. They will use differing criteria for what is necessary, what is mandatory. So in answer to your question, we did not say: use the 4.5 pharmacists per 1,000 as an indicator and then tell us if you are short. We left it up to each province to tell us.

Mr. Pagtakhan: It has been estimated that over the last decade the total annual health care cost has increased from \$26 billion to some \$51 billion. Has there been any analysis on the part of hospital associations as to the total growth in costs ascribable to utilization of hospitals and then a breakdown of this cost within hospitals, whether in-patient or out-patient, and then within the two subdivisions, costs ascribable to the growth in staffing, beds, facilities, including such things as technology, and then in staffing, growth of physicians and the allied health care professionals? Has such as study been done by the hospital associations?

[Translation]

Mme Clemenhagen: Nous nous sommes fondés sur des rapports de nos associations membres. L'AHC est composée de 11 associations provinciales et territoriales, et pour élaborer des positions, nous demandons la participation, les conseils et les commentaires de nos membres.

Mme Phinney: En regardant votre tableau, je ne comprends tout simplement pas... Il devrait y avoir davantage de petits x dans la colonne des Territoires du Nord-Ouest, comme vous le mentionniez. Les ressources devraient être rares dans presque toutes les catégories. Il devrait y avoir des problèmes partout dans les Territoires du Nord-Ouest, mais ce n'est pas le cas. C'est le Manitoba qui remporte la palme au chapitre des problèmes. Pouvez-vous expliquer cela? Ce n'est pas en raison du climat, parce que la situation n'est pas pire dans les Territoires du Nord-Ouest. Pourquoi la situation est-elle aussi mauvaise au Manitoba?

Mme Clemenhagen: Cela dépend de la façon dont les associations ont répondu à ce que nous demandions.

Mme Phinney: Vous n'avez donc pas uniformisé... .

Mme Clemenhagen: Non, en effet. Chacune des associations... .

Mme Phinney: C'est ce qui rend donc ce tableau douteux.

Mme Clemenhagen: Vous avez raison. Chaque association a répondu de la façon qui lui convenait pour nous faire savoir quels étaient ses problèmes. Le tableau est donc un assemblage de toutes les réponses. Il ne s'agit pas d'une grille objective qu'ont remplie les membres, mais plutôt des renseignements accumulés provenant de nos 11 associations.

Mme Phinney: Ainsi, au Manitoba, on pourrait être un peu plus sensible à la question et dire que l'on a besoin de tel ou tel spécialiste, et dans une autre province, la situation pourrait être satisfaisante dans l'ensemble, mais il pourrait y avoir dans cette province un problème encore pire.

Mme Heidemann: Pour développer un peu plus ce que dit Carol, chacune des provinces a effectué sa propre étude sur sa main-d'œuvre, ainsi que sa propre analyse de la situation dans la province. Elles ont utilisé des critères différents en fonction de ce qui est nécessaire, de ce qui est obligatoire. Donc, pour répondre à votre question, nous n'avons pas demandé à nos membres d'utiliser la formule de 4,5 pharmaciens par 1,000 personnes comme indicateur, et de nous dire s'il y avait pénurie dans leur province. Nous avons laissé chacun décider de la façon de procéder.

M. Pagtakhan: On a évalué qu'au cours de la dernière décennie, le coût annuel total des soins de santé est passé de 26 milliards de dollars à quelque 51 milliards de dollars. Les associations d'hôpitaux ont-elles examiné l'augmentation des coûts attribuable à l'utilisation des hôpitaux et ventilé ensuite ces coûts entre les services internes et les services externes, et entre les deux subdivisions, à savoir les coûts attribuables à l'augmentation du personnel, des lits, des installations, y compris les progrès technologiques, et le personnel, l'augmentation du nombre des médecins et des professionnels de la santé? Les associations d'hôpitaux ont-elles fait une telle étude?

[Texte]

Ms Clemenhagen: I have a very partial answer to an excellent question. We use the rule of thumb—and it has been based on studies done by health economists—that health care costs have grown by inflation plus 3%. As for the detailed analysis of the various components, therefore, of that overall growth rate, I am afraid to say that, no, we have not done detailed studies on those subject-matters.

Ms Heidemann: We can perhaps tell you—although, as Carol says, there is no detail—that certainly physician costs have gone up. Certainly supplies and equipment within health care facilities go up yearly beyond the regular inflation rate; that is well established. We can tell you that our personnel in hospitals are highly unionized and that, depending on the year and the province, union settlements will be beyond inflation or not. Right now because of the nursing shortage, for example, we are likely to see in the very near future settlements that are beyond what would be normal inflation, and that will be coming up.

• 1045

We can also tell you that as we have seen this shift from in-patient care to out-patient care, the cost of our in-patient care has gone up because, in fact, we are ending up with more patients who are sicker in our hospital beds. At the same time as our hospital costs have gone up, we are also adding on the increased and better ability to handle patients on an out-patient basis. So the shift of the system would probably show across the board that because the acuity of illness of patients in hospitals is increasing, we are increasing our costs.

Certainly if you look at hospitals in terms of the average age of their populations, the average age of the population within a hospital is increasing, and that oftentimes will influence the severity of illness in the facility, and there are the rehabilitation possibilities, so that has a cost implication to it.

It is a very complex question to try to pinpoint where the cost increases are.

Mr. Pagtakhan: Yet, Mr. Chairman, it would appear to me, at least, that unless we look analytically into the breakdown of costs we will not be able to identify the magnitude with which each one contributed to the increase in cost, and therefore we may not be able to identify the appropriate management approach.

As one example, the GST is being imposed by government, and we have heard, at least in Manitoba, that the administrative costs will dramatically increase. As a consequence of inflation, as a consequence of this tax, there will be a demand by unions for increased salaries, not necessarily because they would need increased health care protection but because of the need to increase their buying power, and naturally so. And, of course, it is also known that

[Traduction]

Mme Clemenhagen: J'ai une réponse très partielle à offrir pour une excellente question. Nous avons adopté une règle—qui est fondée sur des études réalisées par des économistes de la santé—qui veut que les coûts des soins de santé ont augmenté dans une proportion équivalant au taux d'inflation plus 3 p. 100. Pour ce qui est d'une analyse détaillée des divers éléments de ce taux d'augmentation dans l'ensemble, je crains de devoir dire que non, nous n'avons pas fait d'étude détaillée à cet égard.

Mme Heidemann: Nous pouvons peut-être vous dire—bien que, comme le dit Carol, il n'y ait pas de détails à cet égard—que les coûts des médecins ont sûrement augmenté. Le prix des fournitures et de l'équipement que l'on utilise dans les établissements de santé augmente chaque année dans une proportion plus grande que le taux d'inflation, ce qui est bien connu. Nous pouvons vous dire que notre personnel dans les hôpitaux est fortement syndiqué, et que selon l'année et la province, les règlements dépassent parfois le taux d'inflation ou non. À l'heure actuelle, en raison de la pénurie de personnel infirmier, par exemple, nous risquons d'être témoins dans un avenir très rapproché, de règlements qui dépasseront le taux normal d'inflation, et cela n'est pas très loin.

Nous pouvons aussi vous dire qu'en même temps que la tendance s'est accentuée dans le nombre des malades traités en clinique externe, le coût de nos soins pour les malades hospitalisés a augmenté parce qu'en fait, nous nous retrouvons avec davantage de patients qui sont plus malades dans nos lits d'hôpitaux. À l'augmentation de nos frais d'hôpitaux vient aussi s'ajouter notre capacité accrue d'assurer les services nécessaires aux malades à l'extérieur des hôpitaux. Le changement dans le système indiquerait donc probablement dans l'ensemble qu'en raison de l'augmentation de l'acuité de la maladie chez les patients hospitalisés, nos coûts augmentent aussi.

L'âge moyen des malades dans les hôpitaux augmente, et cela influe souvent sur la gravité de la maladie dans les établissements hospitaliers. Et il y a les possibilités de réadaptation. Ce sont aussi des aspects qui influent sur les coûts.

Il est très difficile de mettre précisément le doigt sur ce qui provoque les augmentations des coûts.

M. Pagtakhan: Pourtant, monsieur le président, j'ai l'impression qu'à moins d'analyser tous les coûts individuellement, nous ne pourrions déterminer dans quelle mesure chaque élément contribue à l'augmentation des coûts dans l'ensemble, et par conséquent, nous ne pourrions pas déterminer la méthode de gestion la plus appropriée pour régler le problème.

À titre d'exemple, le gouvernement impose la TPS, et on nous a dit, au moins au Manitoba, que les frais d'administration vont augmenter de façon radicale. En raison de l'inflation et à la suite de l'imposition de cette taxe, les syndicats vont demander des augmentations salariales, pas forcément parce que leurs membres ont besoin d'une meilleure protection, mais parce qu'ils veulent augmenter leur pouvoir d'achat, ce qui est tout à fait justifié.

[Text]

the GST itself, because of the potential unemployment, could increase psychological distress and, as a result, demands on the institutions.

When is a problem a consequence of government policy, and when is it a natural phenomenon? Unless we refocus on them, we may not be able to provide the necessary solution. I thought I would challenge your association to undertake such a study.

Ms Heidemann: You are absolutely right that it is something that must be done in the future. We have not in the past tried to do this kind of study because, I guess, of the enormity of trying to do it.

Mr. Pagtakhan: I realize that, yes.

Ms Heidemann: I think your advice to us is good and certainly we will be talking about this, but again it is very hard when you have 10 provinces to look for uniformity in the system.

Perhaps I could give you one example, and I hate to keep referring to Ontario but it is the one that comes to mind. The increase a couple of years ago in the overall system was about 5% to 6%, and roughly 2% to 3% of that increase was due to new environmental legislation brought down by the government to which hospitals had to comply. It is that kind of lack of uniformity that makes it difficult for us to do a cross-country look. I am not defending our lack of doing it because I think it is an excellent idea and something we should probably begin to talk about across the country.

Mr. Pagtakhan: I have three short questions on double doctoring. The double doctoring sort of problem would likely happen more with clinics on the outside. Among patients who are not truly emergency but who visit emergency rooms, double doctoring or double visits to different hospital emergency rooms have happened. Have hospitals paid attention to this? Is that a problem you have identified, whereby patients have visited one emergency room and yet it was not an emergency situation, and then visited another emergency room, which compounded the problem? Has that been an identified issue?

Ms Clemenhagen: I think the issue that speaks to that is the difficulty with lack of integrated information systems that would allow patient tracking throughout the system. We have not been successful because data linkage is a complicated task, and I believe at the moment we have not developed the technology that would ease or facilitate that type of monitoring that could pick up the perhaps less than optimal utilization of the health system.

Mr. Pagtakhan: There was one commentary in the last issue of *The Medical Post* that with our current technology we ought to be able to monitor this very effectively.

[Translation]

Évidemment, on sait aussi que la TPS en soi, en raison du chômage qu'elle peut provoquer, pourrait augmenter la détresse psychologique et, par voie de conséquence, les demandes auprès des institutions.

À quel moment un problème est-il provoqué par une politique du gouvernement, et à quel moment est-il un phénomène naturel? Si nous ne ramenons pas toute notre attention sur ces problèmes, nous risquons de ne pas pouvoir appliquer la solution nécessaire. J'ai pensé mettre votre association au défi d'entreprendre une telle étude.

Mme Heidemann: Vous avez tout à fait raison. C'est en effet une étude qui devra être faite. Si nous ne l'avons pas faite jusqu'à maintenant, je suppose que c'est en raison de l'énormité de la tâche.

M. Pagtakhan: Je comprends cela, oui.

Mme Heidemann: Votre conseil est bon, et nous allons sûrement en discuter, mais la tâche est très difficile quand on cherche l'uniformité dans 10 provinces.

Je pourrais peut-être vous donner un exemple. Je m'excuse de parler toujours de l'Ontario, mais c'est la première province qui me vient à l'esprit. Il y a deux ou trois ans, l'augmentation dans l'ensemble du système a été d'environ 5 à 6 p. 100, et environ 2 à 3 p. 100 de cette augmentation était dû à une nouvelle législation en matière d'environnement qu'a adoptée le gouvernement et à laquelle les hôpitaux ont dû se soumettre. C'est ce genre de manque d'uniformité qui nous complique les choses si nous voulons examiner la situation dans l'ensemble du pays. Je ne dis pas que nous ne le ferons pas, parce que je trouve l'idée excellente, et nous devrions probablement commencer à en parler dans l'ensemble du pays.

M. Pagtakhan: J'ai trois brèves questions à poser sur les doubles visites. Ce problème se poserait probablement davantage dans des cliniques. Il est arrivé que des malades, dont le cas n'était pas vraiment un cas d'urgence, se sont présentés dans des salles d'urgence à deux reprises dans des hôpitaux différents. Les hôpitaux se sont-ils occupés de ce problème? Est-ce un problème que vous avez relevé?

Mme Clemenhagen: La difficulté, à cet égard, réside dans le manque de systèmes d'information intégrés qui permettraient de suivre les malades dans tout le système. Nous n'avons pas réussi parce que l'établissement de liens entre les données est une tâche compliquée, et je pense qu'à l'heure actuelle nous n'avons pas encore mis au point la technique qui faciliterait ce genre de surveillance et qui permettrait de déceler les cas où l'utilisation du système de santé ne serait pas optimale.

M. Pagtakhan: Il y a eu une observation à cet égard, dans le dernier numéro du *Medical Post*, selon lequel avec la technologie actuelle, nous devrions pouvoir suivre cette situation d'une manière très efficace.

[Texte]

When you spoke of the measurements of outcome, of course you likely had in mind the possibility of the cost-benefit analysis of these outcomes. I am a little worried when you say measurement of outcomes. My colleague asked a question about whether in fact we are measuring not only the number of survivors from a given medical treatment but the quality of survivors. Perhaps ethical questions would then be raised. Are those part of the outcome measurements you are trying to say we ought to look at without prejudgment?

Ms Heidemann: If I heard the question correctly, and I am not sure I did, your observation is that with outcome information we can then theoretically begin to do a cost-benefit analysis on different techniques, procedures, etc., and I think you are right that we can. It will be a long time before we are sophisticated enough to do that. Of course, we need to look at what constitutes a cost-benefit analysis, what are the benefits and what costs you are going to put on that side of the equation as opposed to the benefits you are going to put on the other side. We have never in the health care field come to any conclusions about how you calculate the actual costs of something as opposed to how you calculate the benefits. We may get better at that.

I think where we are heading, though, is perhaps one step behind that. That is to say, if we have a procedure, a hip replacement, for example—we are doing more and more of these—we need to see if the long-term effect of a hip replacement is actually good. We think it is wonderful now, but as our medical colleagues point out to us, we inadequately measure what happens to a person who has had a hip replacement a year or two after. Do we actually achieve what it is we think we want to achieve?

The same thing applies to things like heart transplants. We are looking at a very expensive procedure with some degree of success certainly, and that has to be compared to the cost of maintaining a person who has a heart problem for 30 or 40 years. With a heart transplant, these people are often able to live absolutely normal lives. It is that kind of trade-off that we do not know anything about as yet. We make some rough estimates, but we do not have good data.

The Chairman: On behalf of the standing committee, I extend to you our sincere thanks for appearing before us this morning. When we get to the report stage of the committee, there may be additional information we would like to follow up on or perhaps clarification of some of the material you have provided us with, so we would hope we can contact you if the need arises. Once again, our sincere thanks for appearing before the committee today.

● 1055

Ms Heidemann: Thank you, Mr. Chairman. We would be delighted to provide you with any additional information or assistance that you require.

The Chairman: Thank you very much.

I declare the meeting adjourned.

[Traduction]

En parlant de la mesure des résultats, évidemment, vous aviez probablement à l'esprit la possibilité de comparer les coûts et les avantages de ces résultats. En vous entendant parler de la mesure des résultats, cela m'inquiète un peu. Ma collègue a posé une question au sujet de la mesure, non seulement relativement au nombre de survivants à un traitement médical donné, mais aussi pour ce qui est de la qualité de vie des survivants. Cela soulèverait peut-être un certain nombre de questions d'éthique. Celles-ci font-elles partie de la mesure des résultats que nous devrions examiner sans parti pris?

Mme Heidemann: Si j'ai bien compris la question que nous m'avez posée, et je n'en suis pas certaine, vous pensez que grâce à l'information sur les résultats, nous pouvons en théorie commencer à effectuer des analyses sur les coûts et les avantages de différentes techniques, procédures, et le reste, et je pense que vous avez raison. Il passera partout beaucoup d'eau sous les ponts d'ici à ce que nous ayons les moyens de le faire. Évidemment, il faut déterminer ce qui constitue une analyse des coûts et des avantages, quels avantages et quels coûts on mettra de ce côté de l'équation par opposition aux avantages que l'on mettra de l'autre. Dans le domaine de la santé, nous n'avons jamais déterminé de façon précise comment calculer les coûts réels d'une activité et les avantages qu'elle procure. Nous nous améliorerons peut-être à cet égard.

Nous nous dirigeons peut-être vers une étape ultérieure. Lorsqu'on remplace une hanche, par exemple—une intervention de plus en plus fréquente—nous devons chercher à savoir si l'effet à long terme du remplacement d'une hanche est vraiment bon. Nous pensons que c'est merveilleux à l'heure actuelle, mais comme nos collègues dans le monde médical nous le font remarquer, nous mesurons d'une manière inadéquate ce qui arrive à une personne dont une hanche a été remplacée un an ou deux après l'intervention. Atteignons-nous vraiment l'objectif que nous pensons vouloir atteindre?

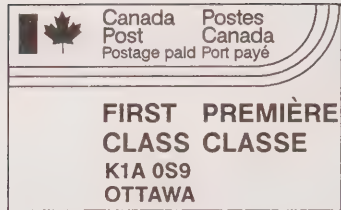
Le même principe s'applique à des interventions comme les greffes de cœur. Il s'agit d'une opération très coûteuse, qui réussit sûrement dans une certaine mesure, dont le coût doit être comparé aux dépenses nécessaires pour soigner un cardiaque pendant 30 ou 40 ans. Une transplantation cardiaque permet souvent à ces personnes de vivre une vie absolument normale. C'est le genre d'équation dont nous ne savons encore absolument rien. Nous faisons des estimations grossières, mais les données dont nous disposons ne sont pas assez précises.

Le président: Au nom du comité permanent, je vous remercie sincèrement d'être venu nous rencontrer ce matin. Au cours de la rédaction de notre rapport, nous aurons peut-être besoin de renseignements additionnels ou de précisions au sujet de la documentation que vous nous avez fournie. Nous espérons donc pouvoir entrer en communication avec vous si le besoin s'en fait sentir. Je vous remercie encore une fois d'être venu témoigner aujourd'hui devant notre comité.

Mme Heidemann: Merci, monsieur le président. Nous vous fournirons volontiers tous les renseignements additionnels ou toute l'aide dont vous aurez besoin.

Le président: Merci beaucoup.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Canadian Hospital Association:

Carol Clemenhagen, President, Executive Director;
Elma Heidemann, Chairperson, Board of Directors.

TÉMOINS

De l'Association des hôpitaux du Canada:

Carol Clemenhagen, présidente et directrice générale;
Elma Heidemann, présidente du Conseil d'administration.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 39

Thursday, October 11, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 39

Le jeudi 11 octobre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, OCTOBER 11, 1990
(48)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:25 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Member present: Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Psychiatric Association: Dr. Pierre Beauséjour, Secretary; Dr. Marie-France Rivard, Consultant on Geriatric Psychiatric Issues, Royal Ottawa Hospital.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Beauséjour made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 10:58 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 11 OCTOBRE 1990
(48)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 25, dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De l'Association des psychiatres du Canada: Pierre Beauséjour, secrétaire; Marie-France Rivard, conseillère en psychiatrie pour les personnes âgées, Hôpital Royal d'Ottawa.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Le D^r Beauséjour fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 10 h 58, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, October 11, 1990

• 0927

The Chairman: Order, please. We have a quorum.

Pursuant to Standing Order 108(2), the committee is continuing consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we are pleased to welcome the Canadian Psychiatric Association. Representing that group today we have Dr. Pierre Beauséjour and Dr. Marie-France Rivard.

We would like to take this opportunity to welcome you to the committee. As you are probably aware, the committee has been studying the health care aspects as have been outlined in our terms of reference to you for a considerable number of months. We have a number of other witnesses we hope to have appear before the committee prior to the contemplation of our report.

I would not be crass enough, I guess, this morning to suggest that there may be many other places on Parliament Hill today where your services would be in order. However, we are most pleased that you were able to take part in this meeting. We look forward to your testimony, to be followed by questions from the members.

There may be members with other commitments and some who I hope will be here before your presentation is concluded, but for members' information, the room is available until 11 a.m.

Dr. Pierre Beauséjour (Secretary, Canadian Psychiatric Association): Mr. Chairman, members of the committee,

il nous fait plaisir d'accepter cette invitation de nous joindre à vous.

The Canadian Psychiatric Association was pleased to answer the demand for input into this committee, and our full brief was submitted last spring. We will not repeat the full brief here but will go to the highlights of that and present them in the next 10 minutes or so.

The brief was prepared by our Professional Standards and Practice Council and our Economics and Management Council and approved by our board of directors before it was submitted and has a wide input from psychiatrists from across the country, from the provinces and territories.

The Canadian Psychiatric Association, on behalf of its 2,500 members, is pleased to accept the committee's invitation to comment and provide recommendations to improve planning for future funding and delivery of psychiatric services with respect to Canada's aging population. Our role as primary mental health care providers and as health care administrators provides us with direct systemic experience of current problems in the funding and delivery of

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 11 octobre 1990

Le président: Puisque nous avons le quorum, je déclare la séance ouverte.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le comité poursuit l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin des représentants de l'Association des psychiatres du Canada, le docteur Pierre Beauséjour et le docteur Marie-France Rivard.

Nous tenons à profiter de l'occasion pour vous souhaiter la bienvenue au comité. Vous savez probablement que le comité étudie depuis plusieurs mois déjà les aspects du régime de santé dont il est question dans notre mandat. Nous espérons entendre encore un certain nombre de témoins avant de commencer à préparer notre rapport.

Je n'irai pas jusqu'à dire ce matin, je pense, qu'il y a peut-être bien d'autres endroits sur la colline parlementaire où vos services seraient requis aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, nous sommes vraiment ravis que vous puissiez participer à cette réunion. Nous avons hâte d'entendre votre témoignage et ensuite de vous poser des questions.

Il y a probablement des membres du comité qui ont d'autres engagements présentement et qui pourront se joindre à nous avant la fin de votre exposé, je l'espère; je signale aux membres du comité que cette salle est à notre disposition jusqu'à 11 heures.

Dr Pierre Beauséjour (secrétaire, Association des psychiatres du Canada): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité,

it was a pleasure for us to accept your invitation to take part in this meeting with you.

L'Association des psychiatres du Canada (APC) a été ravie de répondre à votre invitation et de faire part au comité de ses opinions en vous présentant un mémoire complet le printemps dernier. Au lieu de répéter tout le mémoire ici, nous allons simplement en faire ressortir les points saillants dans un exposé d'une dizaine de minutes.

Le mémoire a été préparé par notre Commission des normes professionnelles et notre Commission des questions économiques et de la gestion. Il a été approuvé par notre conseil d'administration avant d'être présenté, et des psychiatres de tout le pays, c'est-à-dire de toutes les provinces et des territoires, ont largement contribué à son contenu.

L'Association des psychiatres du Canada est heureuse d'accepter, au nom de ses 2,500 membres, l'invitation du comité à faire des commentaires et à formuler des recommandations en vue d'améliorer la planification du financement futur et la prestation de services psychiatriques à la population vieillissante du Canada. Notre rôle de premiers responsables des soins de santé mentale et d'administrateurs de services de santé nous donne une expérience systémique

[Texte]

psychiatric services. If these problems are not resolved, they will only be compounded by new demands on the mental health care system as a result of our aging population.

One of these problems stems from common popular assumptions regarding the cost-effectiveness of community-based care. It has been repeatedly questioned by psychiatrists whether under close scrutiny community care may be found to be more, not less, expensive than institutional care. In cases where patients have been able to find comparable—and I underline “comparable”—services, inevitably the services have been more expensive than institutional care.

• 0930

Furthermore, it is a common experience among psychiatric clinicians in managing patients that they are often unable to access comparable patient services within the community at the present time.

We therefore suggest that care in the community that provides the same levels and kinds of services offered in an institution might in fact cost more on a per patient basis.

As a further general comment, psychiatric clinicians report encountering a degree of inflexibility and lack of creativity within the health care system that effectively prevents less expensive alternatives to institutional care from being offered to some chronically ill or frail elderly patients. Examples where increased flexibility or creativity might improve the situation include such things as having increased home help for patients in crisis, more intermediate-term rehabilitation beds in hospitals for psychiatric patients, and possibly providing a system of financial support for home care-givers to allow them to continue to care for their chronically ill or frail relatives.

We recognize and would like to assert the importance of linking health and social services. We suggest that there may yet be some room for increased cost-effectiveness in these areas, especially in providing housing for frail populations. Effective planning must be based on projections of present trends. Clearly Canada is aging. The proportion of all citizens over the age of 80 will rise dramatically over the next 50 years.

In planning for the future, we would stress the importance of recognizing that some people, who have either chronic psychiatric illness or are the frail elderly with psychiatric illness, require institutionalization for safety and adequacy of care. This subpopulation will continue to exist in the future. In fact, the absolute numbers will undoubtedly increase. There has to be, therefore, a balance between institutional care and community care to provide care for all the aging population.

[Traduction]

directe des problèmes courants liés au financement et à la prestation de services psychiatriques. Si ces problèmes ne sont pas résolus, le vieillissement de notre population ne fera qu'aggraver la situation en accroissant la demande à laquelle devra répondre le régime de services de santé mentale.

L'un de ces problèmes a pour cause les hypothèses généralement répandues au sujet de la rentabilité des soins communautaires. Les psychiatres se sont souvent demandés si, en y regardant de plus près, on ne constaterait pas que les soins communautaires coûtent plus cher que les soins en établissement et non moins cher. Dans les cas où des patients ont pu trouver des services comparables, et je souligne bien le mot «comparables», on a toujours constaté que les services coûtaient plus cher que dans un établissement.

En outre, les psychiatres cliniciens savent d'expérience qu'il est souvent impossible pour leurs patients d'avoir accès à des services comparables dans la communauté à l'heure actuelle.

Nous sommes donc d'avis que les soins dispensés dans la communauté, avec des services du même niveau et de la même nature que dans un établissement, pourraient en réalité coûter plus cher par malade.

D'une façon générale, les psychiatres cliniciens disent avoir pris conscience d'un certain degré d'inflexibilité et de manque de créativité dans le système des soins de santé, qui fait certes obstacle au recours à des services moins coûteux pour remplacer les soins en établissement, dans le cas de certains patients âgés fragiles ou atteints de maladies chroniques. Il existe bien sûr des situations où plus de flexibilité et de créativité permettrait des améliorations: davantage d'aides à domicile pour les patients en crise, plus de lits de réadaptation à moyen terme dans les départements psychiatriques des hôpitaux, et peut-être un système d'aide financière permettant à certaines personnes de continuer à prendre soin chez elles de parents âgés fragiles ou atteints de maladies chroniques.

Nous reconnaissons qu'il est important de lier les services de santé et les services sociaux. Nous croyons qu'il demeure possible d'accroître le rapport coût-efficacité dans ce domaine, surtout en ce qui concerne le logement pour les populations âgées. Une planification efficace doit être fondée sur la projection des tendances actuelles. De toute évidence, la population du Canada vieillit. La proportion des plus de 80 ans augmentera considérablement au cours des 50 prochaines années.

Dans la planification de l'avenir, nous soulignons qu'il est important de reconnaître que certaines personnes souffrant de maladies psychiatriques chroniques et certains patients âgés et fragiles atteints de troubles psychiatriques auront besoin d'être hospitalisés pour leur propre sécurité et pour qu'il soit possible de leur donner des soins appropriés. Cette sous-population continuera à exister à l'avenir et son nombre augmentera sûrement en chiffres absolus. Il y a donc lieu de trouver un équilibre entre les soins en établissement et les soins communautaires afin d'assurer le bien-être de toute la population vieillissante.

[Text]

One of the most devastating illnesses in the elderly is dementia. Our elderly over 65 suffer from dementia in about 5% of their population. This rises to well over 20% in the over-80 group. It is this over-80 group that often has the poorest social supports. Similarly, it is this frail, demented over-80 population that now requires institutional care at a very high rate. There is no indication that this will be any different in the future.

Another necessary consideration is accessibility of various types of health care services. The association has carefully considered the issues of the aging population and its impact on the health care system, and the accessibility of various types of health care services to all regions and categories of people. Although the committees or regional terms of reference separated the discussion of accessibility of health care services from health care human resources, for obvious reasons, there is a direct relationship between the two. Nowhere is this clearer than with the current crisis in psychiatric manpower distribution, which impedes access to psychiatric services in all regions for all categories of people, young and old.

The complex considerations accompanying the psychiatric manpower and maldistribution issues were recently presented by a CPA delegation to the Advisory Committee on Mental Health. This committee is comprised of the provincial, territorial, and federal mental health directors responsible to advise the Conference of Deputy Ministers of Health on priorities and strategies for the improvement and maintenance of mental health services.

Key among our recommendations to the advisory committee was the need to form a consortium to develop a national strategy, with representatives from government, the professions, and educational and accrediting bodies.

In the meantime, it is vital to note that the provision of psychiatric services to rural and remote areas simply cannot be adequately addressed without recognition of the manpower shortage throughout most of the country. It should be stressed that Canada still falls below the goal set for the ratio of psychiatrists to population recommended by numerous agencies.

Problems of maldistribution are further compounded when we consider that recommended ratios of the general psychiatrist-to-patient population do not take into account the division of practising psychiatrists into many subspecialty areas: child, youth, geriatric, forensic psychiatry, to name only a few.

[Translation]

Chez les personnes âgées, la démence est sans doute l'une des maladies les plus dévastatrices. Environ 5 p. 100 des plus de 65 ans en sont atteints et, chez les plus de 80 ans, la proportion dépasse largement les 20 p. 100. Or c'est souvent ce groupe des plus de 80 ans qui a le moins de soutien social. De même, c'est cette population fragile de plus de 80 ans et atteinte de démence qui a maintenant besoin de soins en établissement à un degré très élevé et il n'y a pas de raison de croire que cela changera à l'avenir.

Un autre facteur dont il faut tenir compte est l'accessibilité des différents types de services de santé. L'Association a soigneusement examiné les questions liées au vieillissement de la population et leurs répercussions sur le système des soins de santé ainsi que sur l'accessibilité des différents types de services de santé dans toutes les régions et pour toutes les catégories de personnes. Bien que le mandat du comité fasse une nette distinction entre l'accessibilité des services et les ressources humaines permettant de les dispenser, il est évident qu'il existe un lien direct entre les deux facteurs. On le constate particulièrement dans la crise actuelle qui résulte de la répartition géographique du personnel psychiatrique; en effet, les services psychiatriques ne sont pas aussi facilement accessibles dans toutes les régions et pour toutes les catégories de gens, jeunes et vieux.

Une délégation de l'Association a récemment exposé en détail les considérations complexes entourant la question du personnel psychiatrique et sa répartition devant le Comité consultatif de l'hygiène mentale. Ce comité comprend les administrateurs provinciaux, territoriaux et fédéraux de la santé mentale chargés de conseiller la Conférence des sous-ministres de la Santé sur les priorités et les stratégies de promotion de la santé mentale et sur le maintien et l'amélioration de services de santé mentale.

Dans nos recommandations au comité consultatif, nous avons notamment insisté sur la nécessité de former un consortium national chargé de définir une stratégie nationale et composé de représentants des gouvernements, des professions de la santé ainsi que des établissements d'enseignement et des organismes d'agrément.

Entre temps, il est essentiel de noter qu'on ne peut tout simplement pas offrir des services psychiatriques adéquats dans les régions rurales et isolées sans reconnaître d'abord qu'il y a pénurie de personnel dans la plupart des régions du pays. Il faut également se rendre compte que le Canada n'a pas encore atteint les objectifs recommandés par de nombreux organismes en ce qui concerne le rapport entre le nombre de psychiatres et la population.

Le problème de la mauvaise répartition devient encore plus complexe lorsque l'on considère que les rapports recommandés entre le nombre de psychiatres généralistes et la population des patients ne tiennent pas compte de la répartition des praticiens entre un grand nombre de domaines de spécialisation: pédopsychiatrie, psychiatrie juvénile, psychogériatrie, psychiatrie légale, etc.

[Texte]

• 0935

While some inducement may be developed to attract psychiatrists to remote and rural areas, psychiatric services provided are likely to consist mainly of consulting, liaison and support work, with less emphasis on direct patient care. Yet in many provinces, the present structure of health care fee schedules does not encourage indirect services. This will require review. As it now stands, the absence of funding for provision of indirect and consulting services discourages involvement of psychiatrists who otherwise stand ready to collaborate in the establishment and running of outpatient community clinics.

When discussing future health care services based on projections of present trends within the elderly population, we seriously question the hypothesis that the elderly in the future may be healthier with respect to psychiatric illness than those who are living today. We acknowledge and commend the great benefits of health promotion, particularly in the areas of alcohol and drug abuse. We recognize that reduction or eradication of these problems may well have both a primary and secondary preventive value. We recognize that society in the future may choose to limit the use of high-technology and high-cost health care interventions for populations where there is little likelihood of improvement.

It is also possible that technological advances in medicine in the next 10 to 50 years may eradicate major psychiatric illnesses. However, at this time, the major psychiatric disorders in the elderly, in the chronically ill, including dementia and schizophrenia, are far from understood.

It is possible that with decreasing cardiovascular disease, the population of the elderly in 20 to 50 years from now may have less multi infarct dementia. However, this will not prevent Alzheimer's disease, which is now the major cause of dementia in our older population.

It is our view therefore that planning for the future of health care services for both the elderly and the chronically psychiatrically ill, based on an optimistic projection of increased healthiness, is dangerous. The result could be gross underfunding of a system that is already underfunded. For this reason, we suggest that planning for the future with the morbidity levels we see today would be much more appropriate.

We are also very concerned about the assumption that reduced costs result from health promotion programs. In the absence of evidence of the short-and long-term cost effectiveness of linking curative health and health promotion in social programs, we believe more research is needed.

[Traduction]

On adoptera probablement des mesures destinées à attirer des psychiatres dans les régions rurales et isolées, mais les services psychiatriques y prendront probablement surtout la forme de consultations et de services de liaison et de soutien, avec relativement peu de contacts directs avec les patients. Or, dans beaucoup de provinces, le tarif des honoraires actuellement prévu dans le régime d'assurance-santé tend à décourager les services indirects. Cet aspect mérite d'être examiné. Actuellement, l'absence de financement pour les services indirects et les services de consultation décourage la participation de psychiatres qui sont pour la plupart disposés à collaborer à l'établissement et au bon fonctionnement de cliniques communautaires.

En examinant les soins de santé futurs en fonction d'une projection des tendances actuelles de la population âgée, nous doutons sérieusement de l'hypothèse selon laquelle les personnes âgées seront à l'avenir en meilleure santé qu'à l'heure actuelle, du point de vue psychiatrique. Nous reconnaissons les grands avantages de la promotion de la santé, particulièrement dans les domaines de l'abus de l'alcool et des drogues. Nous reconnaissons que la réduction ou l'élimination de ces problèmes pourrait bien avoir une valeur préventive tant primaire que secondaire. Nous reconnaissons également qu'à l'avenir, notre société pourrait choisir de limiter le recours aux techniques de pointe et aux interventions médicales coûteuses dans le cas de certaines populations, lorsque les chances d'amélioration sont très faibles.

Par ailleurs, il est possible que les progrès que la médecine réalisera dans les dix à 50 prochaines années permettent l'éradication de certaines grandes maladies mentales. Cependant, la démence et la schizophrénie, qui comptent parmi les principaux troubles psychiatriques dont souffrent les personnes âgées et les malades chroniques, sont loin d'être comprises à l'heure actuelle.

Il est possible qu'avec une baisse de l'incidence des maladies cardio-vasculaires, la population âgée soit moins atteinte de démence vasculaire au cours des 20 à 50 prochaines années. Cependant, cela n'aurait pas de répercussions sur l'incidence de la maladie d'Alzheimer, qui est actuellement la principale cause de démence parmi les personnes âgées.

Par conséquent, nous croyons qu'il serait dangereux de planifier les services de santé futurs pour les personnes âgées et les malades mentaux chroniques en se basant sur l'hypothèse optimiste d'un meilleur état de santé général. Une telle hypothèse pourrait entraîner une importante baisse des fonds réservés à un système dont le financement actuel est déjà considéré comme insuffisant. C'est pourquoi nous estimons qu'une planification fondée sur les mêmes taux de morbidité qu'à l'heure actuelle serait beaucoup plus indiquée.

Nous sommes également très inquiets lorsque nous entendons dire que les programmes de promotion de la santé permettront de réduire les coûts. Nous estimons qu'il faut effectuer plus de recherches pour qu'on puisse accepter les hypothèses selon lesquelles les coûts baisseront tant à court terme qu'à long terme si l'on conjugue des services curatifs à des services de promotion de la santé dans le cadre de programmes sociaux.

[Text]

We are also concerned that the headlong rush by government to fund and support the promotion of mental health may be at the expense of funding for existing programs that treat and care for the mentally ill. If health services are added to essentially social programs, this may inadvertently alter these programs into health care programs. This in turn could compromise or even override the initial objectives of the social programs. The converse is also true.

In some circumstances, psychiatric clinicians have run into programs in which add-on services were provided to patients who did not require them in the first place. It follows that this increases the overall cost of health care and at the same time reduces the effectiveness and/or availability of programs for other patients who do require and must compete for the same program resources.

It is also our experience that definitions of "community health centres" across the country are quite varied and that it will be essential, if such centres are to be further developed, for some standardization to be required, especially in terms of analysis of their effectiveness.

Psychiatrists have a great deal to offer in the planning and development of mental health programs within communities. We suggest it is essential that planning committees include psychiatrists as members.

Human health care resources as distinct from psychiatric manpower shortages must also be considered. Psychiatrists have long worked as members of multidisciplinary treatment teams. We view non-medical professionals such as psychologists, social workers, registered psychiatric nurses, registered nurses and occupational therapists as an integral part of the mental health care delivery team.

• 0940

One major issue of concern, particularly with regard to psychiatric disorders in the elderly, is the present inadequacy in levels of education of all types of health care workers, including psychiatrists. That is to say, specialized education is necessary to extend and maintain professional competence when dealing with the matrix of medical and psycho-social needs that converge in the aging population. This lack of education may be resulting in reduced recognition of treatable conditions—such as depression, which is very prevalent in the elderly—and therefore adding unnecessarily to the cost of health care.

In conclusion, we wish to offer five specific recommendations.

First, given that the real cost of alternative care for the frail elderly and chronically ill may be equal or greater than the cost of institutional care, we recommend that the government research the real cost of alternative care for the

[Translation]

Nous craignons également que l'empressement du gouvernement à financer et à appuyer la promotion de la santé mentale risque de nuire au financement des programmes existants de traitement et de soins des malades mentaux. Si des services de santé sont ajoutés à des programmes essentiellement sociaux, ces derniers risquent de se transformer en programmes de soins de santé. En fait, cela risquerait de compromettre ou même d'annuler les objectifs initiaux des programmes sociaux. L'inverse est également vrai.

Dans certaines circonstances, des psychiatres cliniciens ont fait l'expérience de programmes auxquels on a ajouté des services aux patients, alors que ceux-ci n'en avaient pas du tout besoin. On ne ferait ainsi qu'accroître le coût global des soins de santé et l'on réduirait en même temps l'efficacité ou l'accessibilité des programmes pour d'autres patients qui en ont vraiment besoin, mais qui doivent partager avec d'autres les mêmes ressources.

D'après notre expérience, la définition d'un «centre médical communautaire» varie considérablement d'un endroit à l'autre du pays. Si de tels centres doivent être développés davantage, une certaine normalisation sera essentielle, surtout en ce qui concerne l'analyse de leur efficacité.

Les psychiatres ont beaucoup à offrir dans le cadre de la planification et de l'élaboration de programmes de santé mentale dans les collectivités. Nous recommandons par conséquent que les comités de planification comprennent des psychiatres parmi leurs membres.

On doit également établir une distinction entre les ressources humaines dans le secteur de la santé et les pénuries de personnel psychiatrique. Depuis longtemps, les psychiatres travaillent comme membres d'équipes de traitement pluridisciplinaires et considèrent les professionnels de la santé mentale qui ne sont pas médecins, c'est-à-dire les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmières psychiatriques, les infirmières autorisées et les ergothérapeutes, comme des membres à part entière des équipes de prestation du service de santé mentale.

L'insuffisance actuelle des niveaux d'éducation de tous les travailleurs du domaine de la santé mentale, y compris les psychiatres, est un grand sujet de préoccupation, particulièrement en ce qui concerne les troubles psychiatriques des personnes âgées. Autrement dit, les études spécialisées sont essentielles pour maintenir et développer la compétence professionnelle nécessaire pour répondre à la grande variété de besoins médicaux et psycho-sociaux de la population âgée. Cette insuffisance de l'éducation pourrait empêcher certains professionnels de reconnaître des maladies traitables comme la dépression, qui est très répandue chez les personnes âgées, ce qui ajouterait sans nécessité au coût des soins de santé.

En conclusion, nous tenons à vous présenter cinq recommandations précises.

Premièrement, considérant que le coût réel des soins de remplacement donnés aux personnes âgées fragiles et aux malades chroniques peut égarer, sinon dépasser, celui des soins en établissement, nous recommandons que le

[Texte]

frail elderly and the chronically ill. Furthermore, we encourage the government to allocate the necessary moneys to meet the needs of these patients, whether in institutional or non-institutional settings.

Second, recognizing that in the future the elderly will comprise a greater proportion of the Canadian population and that psychiatric illness is highly prevalent in this population, it is recommended that the government encourage and support increased education and training of psychiatrists and other mental health professionals in the area of geriatric mental health.

Third, inasmuch as abuse of alcohol and other substances factor in the development and aggravation of psychiatric disorders, we recommend that the government make greater efforts to educate the general population in Canada about the risks of substance abuse, particularly with respect to fetal alcohol syndrome, family violence, sexual abuse and cognitive deterioration.

Fourth, in recognition that the allocation of resources in mental health systems needs to take into account clinical, ethical and cost-effectiveness information, we recommend that the government include psychiatrists on planning committees for future resource allocations.

Fifth, in the absence of definitive research on short-and long-term cost effectiveness of community health centres and varied definitions of community health centres across the country, we recommend that cost-effectiveness research be completed before widespread implementation of the community health centre model.

On behalf of the Canadian Psychiatric Association we wish to thank the committee for this opportunity to present our views.

The Chairman: Thank you very much for your very concise report. I think it touched on a number of areas, and I appreciate the fact that you made some very specific recommendations to the committee. Those are the types of things we will be looking for when compiling our report.

Before we move on to questioning from committee members, you commented on the shortage of personnel in remote and rural areas. On Tuesday we had the Canadian Hospital Association before us and it would appear that in most cases there has been about a 20% increase in medical personnel—not in all areas but certainly in some of the provinces.

Is it primarily in those areas with your association, too? Is there adequate staffing in urban centres and in Canada as a whole? You said you were below the goals set. Did you mean in total or just in the remote areas?

Dr. Beauséjour: By and large psychiatrists are urban creatures. There is a very serious lack of psychiatric manpower in rural areas and the north.

[Traduction]

gouvernement fasse des recherches sur le coût réel des soins de remplacement pour les personnes âgées fragiles et les malades chroniques. Nous recommandons en outre que le gouvernement fournisse les fonds nécessaires pour répondre aux besoins de ces patients, que ce soit en établissement ou ailleurs.

Deuxièmement, comme il est généralement admis que la population canadienne comprendra à l'avenir une plus forte proportion de personnes âgées et que l'incidence des maladies psychiatriques est élevée chez ce groupe, l'Association recommande au gouvernement d'encourager les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale à obtenir une meilleure formation dans le domaine de la psychogériatrie.

Troisièmement, considérant que l'abus de l'alcool et d'autres substances contribue largement au développement et à l'aggravation des troubles psychiatriques, nous recommandons au gouvernement de déployer plus d'efforts pour sensibiliser le public canadien aux risques d'un tel abus, surtout en ce qui concerne le syndrome d'alcoolisme foetal, la violence familiale, la violence sexuelle et la détérioration cognitive.

Quatrièmement, considérant que la répartition des ressources dans le domaine de la santé mentale doit tenir compte de facteurs cliniques, moraux et économiques, nous recommandons au gouvernement de nommer des psychiatres parmi les membres des comités de planification chargés de la répartition future des ressources.

Cinquièmement, considérant qu'il n'existe que peu de documentation sur le rapport coût-efficacité à court et à long terme de types particuliers de centres de santé communautaires, nous recommandons que des études de rentabilité soient menées avant que ces centres ne soient généralisés.

Au nom de l'Association des psychiatres du Canada, nous tenons à remercier le comité de nous avoir offert cette occasion de présenter notre point de vue.

Le président: Je vous remercie beaucoup de cet exposé très concis. Vous avez abordé un certain nombre de sujets et je vous sais gré d'avoir présenté au comité un certain nombre de recommandations très précises. C'est le genre de choses que nous examinerons lorsque nous préparerons notre rapport.

Avant d'inviter les membres du comité à poser des questions, j'aimerais parler de votre commentaire concernant la pénurie de personnel dans les régions rurales et isolées. Des représentants de l'Association des hôpitaux du Canada ont témoigné ici mardi et, d'après leur témoignage, il semble qu'on ait connu dernièrement une augmentation de 20 p. 100 du personnel médical, peut-être pas dans toutes les régions, mais sûrement dans certaines provinces.

Est-ce également le cas pour votre Association? Est-ce qu'il y a suffisamment de personnel pour les centres urbains et dans l'ensemble du Canada? Vous avez dit que les objectifs n'étaient pas encore atteints. Vouliez-vous dire à l'échelle nationale ou simplement dans les régions isolées?

Dr Beauséjour: De façon générale, les psychiatres sont des citadins. Il y a une pénurie grave de personnel psychiatrique dans les régions rurales et dans le Nord.

[Text]

Even in Ontario where about 43% of Canadian psychiatrists are located, there are deficiencies in psychiatric manpower in the north. There are also deficiencies in certain parts of southern Ontario. There are deficiencies in the psychiatric hospital manpower and deficiencies even in some general hospital psychiatry settings, and in some areas these are very serious at the present time.

The northern situation, for example, is very critical. The number of psychiatrists in northern Ontario, for example, is at the critical point now, where psychiatrists who are there get burned out and will move out of the area if something is not done to help the problem.

The problem of the manpower in the north is not common only to Ontario. It is common to all Canadian provinces. This is why the Canadian Psychiatric Association, in concert with the other provincial psychiatric associations, has recommended a national consortium to address the issue of manpower across the country—because the problems are the same in every province, and the government, the health care providers, and the consumers and their families must be included in finding the solutions to those problems. Nobody can do it alone. Nobody can work by himself, and the solutions are not “one size fits all”. They have to be regionalized according to the needs of each region.

• 0945

The Chairman: Thank you, doctor. We will move to our first round of questioning.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): In your third recommendation you indicated the need for more education of the general public. Are you trying to tell the committee that as of today, that is not enough as an activity in the country?

Dr. Beauséjour: No, it is certainly not enough. Efforts are being made, and there is more awareness that public education is very important, especially in the area of prevention, and that in psychiatry substance abuse seems to be the most preventable area. It is very difficult to prevent schizophrenia from happening. But there is a lack of that. There has to be a concerted effort.

Mr. Pagtakhan: How long ago has your association identified that this type of activity has not been enough, in consultation with the other medical associations or societies?

Dr. Beauséjour: It is difficult to give a precise time, but over the past years, as long as I remember being in practice myself, for about 15 years or so there has been increasing concern about being able to educate the public in general. Many of our programs in psychiatry now—I work in rehabilitation, for example—include health promotion and prevention, dealing directly with the patients in terms of the treatment plan, knowing that they need to have them involved in order to be able to understand their illness better, to understand the treatment plans and what they need to do to be in charge of what happens to them, rather than being told what to do. There is an increasing recognition that

[Translation]

Même en Ontario, où se trouvent 43 p. 100 des psychiatres canadiens, il y a pénurie de personnel psychiatrique pour le Nord. Il y a même également des pénuries dans certaines parties du sud de l'Ontario. On trouve des pénuries de main-d'oeuvre dans les hôpitaux psychiatriques, et même dans les ailes psychiatriques de certains hôpitaux généraux, et dans certaines régions, ces pénuries sont actuellement très graves.

Dans les régions nordiques, par exemple, la situation est tout à fait critique. Ainsi, dans le nord de l'Ontario, les effectifs des psychiatres sont à un seuil critique, à tel point que les psychiatres s'épuisent au travail et veulent quitter cette région si rien n'est fait pour atténuer le problème.

La pénurie de main-d'oeuvre dans le Nord n'est pas spécifique à l'Ontario. On la retrouve dans toutes les provinces canadiennes. C'est pourquoi l'Association des psychiatres du Canada et toutes les associations provinciales ont recommandé la constitution d'un consortium national qui serait chargé de résoudre les problèmes de pénurie de main-d'oeuvre dans l'ensemble du pays, puisqu'on les retrouve dans toutes les provinces, et il faudrait y inclure le gouvernement, les intervenants en santé, les consommateurs de soins et leur famille pour que l'on trouve des solutions à ces problèmes. Personne ne réussira en agissant seul, et les solutions ne seront pas universelles. Elles devront être adaptées aux besoins de chaque région.

Le président: Je vous remercie, docteur. Nous allons passer à notre première ronde de questions.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Dans votre troisième recommandation, vous parlez de la nécessité de mieux informer le public. Voulez-vous dire au comité qu'à l'heure actuelle, cette activité est insuffisante au Canada?

Dr Beauséjour: Elle est insuffisante. On fait pourtant des efforts, et on a pris conscience de l'importance de l'information du public, en particulier dans les domaines de la prévention; en psychiatrie, l'abus des drogues est le domaine qui se prête le mieux à la prévention, alors qu'il est très difficile de prévenir la schizophrénie. Mais on remarque encore un manque d'information. Il faudrait, pour y remédier, un effort concerté.

M. Pagtakhan: Depuis combien de temps votre association et les autres associations médicales ont-elles remarqué cette insuffisance en matière d'information?

Dr Beauséjour: Il est difficile de vous donner des chiffres précis, mais au cours des dernières années, pour aussi loin que je me souviens au cours de mes 15 années de pratique de la psychiatrie, on s'est préoccupé de plus en plus de la nécessité d'informer le public. Une bonne partie de nos programmes actuels en psychiatrie—par exemple, je m'occupe de réadaptation—comprennent des activités de promotion et de prévention en matière de santé; il s'agit de travailler directement auprès des patients pour ce qui concerne leur plan thérapeutique, étant donné qu'il faut les faire participer directement pour qu'ils comprennent mieux leur maladie et leur plan thérapeutique, et qu'ils sachent ce qu'ils ont à

[Texte]

treating patients cannot be done in isolation from the families and from the milieu the patient lives in, and there are efforts to include these people in the treatment plan. Education then becomes a very important treatment tool to help individual patients in general.

Mr. Pagtakhan: I particularly share your sentiment about the need for preventive approaches. It brings me to the second question, respecting your first recommendation—the need to do research into the field of examining the real cost of alternative care. Is your society prepared to do, or have you done, some thinking along this line of a research proposal to the government, knowing that, sadly, the federal government at this time has decreased the funding for such a type of applied research? As you may know, the national health development research funding has been decreased by some millions. Be that as it may, has your association considered or designed a proposal to study the real cost of alternative care for the frail elderly and the chronically ill?

• 0950

Dr. Beauséjour: Our association as such does not do research. The research is carried out in clinical centres. Proposals have been made by psychiatrists to work in community areas to do the research necessary in these areas.

Mr. Pagtakhan: Have they been funded?

Dr. Beauséjour: Increasing numbers of community programs do get funded, but it is not something that seems to be equal across the country or in many areas.

We are not against community care. We say it is a necessary part of what should happen with patients. But before we take away resources in the institution and put them in the community, we have to make sure we can get comparable services in the community.

The psychiatrists will be pleased to work with government, with whatever other resources there are, to make sure the community resources that get built are comparable to the institutional services, provide a high quality of care for patients, and do not become second-rate treatments as compared to institutions.

The other concern we have is that if moneys are diverted from the institution to the community, what is going to happen with the institution and the level of care? Is that going to decrease, particularly for the psychiatric patients?

Mr. Pagtakhan: How do you see the principal role of the federal government in the planning of physical and mental health care services for the future? You have alluded to the federal government, I assume, being challenged to provide

[Traduction]

faire, plutôt que de se le faire dire, de façon à assumer ce qui leur arrive. On tient de plus en plus compte du fait que les patients ne peuvent être traités indépendamment de leur milieu familial et de leur milieu de vie, et on s'efforce donc d'intégrer tout l'entourage dans le plan thérapeutique. L'information devient donc un outil thérapeutique de première importance qui permet d'aider le patient.

M. Pagtakhan: Je partage votre point de vue concernant la nécessité des mesures de prévention. Cela m'amène à ma deuxième question, concernant votre première recommandation, à savoir la nécessité de la recherche sur les coûts réels des soins de remplacement. Votre organisme a-t-il présenté au gouvernement une proposition de recherche dans ce domaine, ou est-il disposé à le faire, étant donné que malheureusement, le gouvernement fédéral a récemment diminué le financement de ce genre d'activité de recherche appliquée? Comme vous le savez peut-être, on a diminué de plusieurs millions le financement de la recherche nationale en matière de santé. Quoi qu'il en soit, votre association a-t-elle envisagé ou formulé une proposition d'étude du coût réel des soins de remplacement pour les personnes âgées fragiles ou les malades chroniques?

Dr. Beauséjour: Notre association proprement dite ne fait pas de recherche. Les travaux de recherche sont effectués dans des cliniques. Des psychiatres ont proposé de travailler dans les secteurs communautaires pour effectuer les travaux de recherche nécessaires sur ces questions.

M. Pagtakhan: Ont-ils reçu des crédits à cette fin?

Dr. Beauséjour: De plus en plus de travaux de recherche en milieu communautaire bénéficient de crédits, mais on remarque des inégalités d'une région à une autre.

Nous ne sommes pas contre les soins en milieu communautaire. Nous estimons même qu'ils constituent un élément indispensable dans le traitement des patients. Mais avant de prélever des ressources du milieu hospitalier pour les consacrer au milieu, il faut s'assurer que ce dernier a des services comparables à proposer.

Les psychiatres seront heureux de collaborer avec le gouvernement, quelles que soient les ressources disponibles, pour faire en sorte que les ressources communautaires nouvelles soient de qualité comparable aux services assurés en milieu hospitalier, que les centres communautaires assurent des soins de haute qualité aux patients, et qu'ils ne deviennent pas des centres de traitement de second ordre par rapport aux établissements hospitaliers.

Ce que nous craignons également, c'est que si l'on détourne des crédits du milieu hospitalier vers le milieu communautaire, que va-t-il advenir des établissements hospitaliers et de la qualité des soins qu'ils dispensent? Va-t-il y avoir régression, en particulier pour les patients en psychiatrie?

M. Pagtakhan: À votre avis, quel devrait être le rôle essentiel du gouvernement fédéral dans la planification des services de santé physique et mentale de demain? Vous avez dit, je crois, qu'il appartenait au gouvernement fédéral

[Text]

adequate funding for general public education. Do you see any other principal role or roles that the federal government could play, knowing the provincial jurisdictions for the health care delivery system?

Dr. Beauséjour: I think the federal government certainly has a major role to play in helping to shape up the system of health care across the country, and in working hand-in-hand with the provinces to provide the adequate care. How that can happen at a political level is not part of our recommendation.

We only say that it must happen. The governments at all levels have to be partners together with the health care providers and the recipients of these services to find appropriate solutions to these problems. The driving principle, the bottom line, is to be able to answer the needs of the patients.

Mr. Cole (York—Simcoe): Thank you very much for attending today. It is a pleasure having you here. I have a couple of questions I would like to direct to you. They are fairly specific.

In your brief you talked about reducing health care expenses. I think it is something we all have to look at as trustees of the public purse. But when we talk about it, and you talk about it, you talk about the use of high-technology and very costly medical procedures.

Maybe some of these should be looked at. We do not really know how much positive result there is going to be. It may be an extension of life for three months or six months. Considering the quality of that life, is it reasonable to spend that kind of dollar? The difficulty I have with it is: who makes the decision? If you are asking government to make the decision, "uh-uh".

I think that is a very unrealistic statement. I would like you to explain from your position as to why you would make it.

Dr. Beauséjour: My answer here is that if you are asking physicians to make the decision "uh-uh", that is not what we are there for. We are there to provide the highest quality of care for our patients and to do what is best to help them, whatever the circumstances.

I cannot settle that issue. It is a societal issue. Society will have to decide what it wants to do and what it can afford to do. We physicians will have to fit within what society demands of us. We cannot dictate to society what society wants to do. We can voice our opinion about what we think should be done, but as a member of society.

• 0955

Government represents society in a major way. It represents the people of Canada, for example. Somewhere along the line, I think government will have to get its feet wet and decide on the issues.

Mr. Cole: You are saying government should have more responsibility than the individual. Is this what you are trying to tell me? The individual ability should be taken away from the individual patient and society.

[Translation]

d'accorder des crédits suffisants à l'information du public. Pensez-vous qu'il ait d'autres rôles importants à jouer, compte tenu de la compétence provinciale en matière de santé?

Dr Beauséjour: Je pense que le gouvernement fédéral a un rôle majeur à jouer dans la mise en place d'un système uniforme de soins de santé dans l'ensemble du pays, et qu'il doit collaborer étroitement avec les provinces pour qu'elles assurent des services adéquats. Mais ce qu'il faut faire à cette fin au niveau politique ne fait pas partie de notre recommandation.

Nous disons simplement que c'est une nécessité. Les autorités de différents niveaux doivent collaborer avec les intervenants en santé et les bénéficiaires des services de santé pour trouver des solutions adaptées aux problèmes qui se posent. En définitive, le principe directeur reste de pouvoir répondre aux besoins des patients.

M. Cole (York—Simcoe): Merci beaucoup d'être des nôtres aujourd'hui. Nous sommes heureux de vous accueillir. Je voudrais vous poser quelques questions très précises.

Dans votre mémoire, vous parlez de la réduction des dépenses de santé. Je pense que c'est là un souci général pour tous ceux qui administrent les deniers publics. Mais vous parlez de l'utilisation de modèles de haute technologie et de méthodes médicales très coûteuses.

Peut-être faut-il s'interroger sur ces moyens et ces méthodes. On ne sait pas toujours d'avance quels peuvent en être les résultats positifs. Ils permettent parfois de prolonger une vie de trois mois ou de six mois. Compte tenu de la qualité de la vie ainsi prolongée, est-il raisonnable d'engager de telles dépenses? Mais le problème, à mon sens, c'est de savoir qui va prendre la décision. Si vous demandez au gouvernement de le faire, il vous répondra: «Pas question».

Ce n'est pas raisonnable de lui demander cela. J'aimerais que vous nous expliquiez votre point de vue à ce sujet.

Dr Beauséjour: Je vous répondrai que si vous demandez aux médecins de prendre cette décision, ils vous répondront: «Pas question». Ce n'est pas notre mandat. Nous sommes là pour assurer les meilleurs soins possibles à nos patients et prendre les meilleures mesures pour leur venir en aide, quelles que soient les circonstances.

Je ne peux pas répondre à cette question. C'est une question de société. C'est à la société de décider ce qu'elle veut et ce qu'elle peut se permettre. En tant que médecins, nous devons nous conformer aux attentes de la société. Ce n'est pas à nous de lui imposer notre vision des choses. Nous pouvons donner notre opinion sur ce qu'il conviendrait de faire, mais simplement en tant que corps social.

Le gouvernement est un représentant important de la société. Par exemple, il représente la population du Canada. Un moment donné, il va falloir qu'il se mouille et qu'il prenne des décisions.

M. Cole: Vous dites que le gouvernement devrait assumer davantage de responsabilités que le citoyen. Est-ce bien cela que vous voulez dire? Il faudrait donc priver le patient et la société de certaines possibilités d'action.

[Texte]

Dr. Beauséjour: I am not saying this at all. Individuals rights are very important in our society; this is one of society's values. It is why it is such a complex problem.

Dr. Marie-France Rivard (Consultant on Geriatric Psychiatric Issues, Canadian Psychiatric Association): I would add that you might be able to get some help along the way through targeting research on long-term outcome and quality of life outcome. When you look at the current research literature, this is blatantly missing, generally speaking.

I think there are a lot of studies about procedures, their short-term benefits and survival rates, but there are many fewer studies on the long-term outcome and the quality of life. I think this type of research would help give some answers and help people in society have educated choices to make. Right now it is missing.

Mr. Cole: The other thing I have a major concern about is: I have always been under the impression that physicians had the capabilities of administering and providing a very efficient health care service to the people of Canada. I think they have done it very effectively, but they have done it because they are—and they have been—-independent and autonomous. They have the ability to license. They have the ability to do all those things within their own organizations, through registrars and one thing and another.

I get the impression from what you are telling me that you want government to start controlling some of these things. I do not think this is what the medical profession would like. This is what you are saying. If you are going to say that government should say so many psychiatrists should go north and so many psychiatrists should go here and so many psychiatrists should go there, you can be darned sure government is going to have an awful lot more to say in the administration and involvement of physicians throughout the country.

I am sure, if I talked to most physicians, they would tell me there is too much government control now. I think the problem lies internally—

A witness: Political.

Mr. Cole: Yes, maybe it is political. You could be correct.

There are an awful lot of internal things. I think you as an association and frankly all health care associations are going to have to look at their own house before they start blaming the whole of society, which you are saying government represents. The more government gets involved, the less autonomy those individual organizations are going to have. Are you prepared to go with this? It is what you are recommending.

Dr. Beauséjour: We are saying all the players in the system have to be present around the table to discuss the issues. This includes the government, the psychiatrists, the other health care providers and the consumers of the services. The government is not alone there, but is certainly an important part of the picture because the government holds the purse.

Psychiatrists have a role to play. What is important for physicians in general—the bottom line—is the patient-doctor relationship. It is very crucial and very important in the delivery of health care services. It needs to be protected and

[Traduction]

Dr Beauséjour: Ce n'est pas du tout ce que j'ai dit. Les droits individuels sont très importants dans notre société. Ils en constituent l'une des valeurs fondamentales. Et c'est bien pourquoi le problème est si complexe.

Dre Marie-France Rivard (experte-conseils en psychiatrie et gériatrie, Association des psychiatres du Canada): J'ajouterais qu'il pourrait être utile d'axer la recherche sur les résultats à long terme et les questions de qualité de vie. De façon générale, ces questions sont notoirement absentes des travaux de recherche actuels.

On trouve de très nombreuses études concernant les méthodes thérapeutiques, leurs résultats à court terme, les taux de survie, etc., mais on en trouve beaucoup moins sur les résultats à long terme et sur la qualité de vie. Ce genre de recherche permettrait de trouver certaines réponses et aiderait les intervenants sociaux à prendre des décisions éclairées. Actuellement, tout cela fait défaut.

M. Cole: Ce qui me préoccupe également, c'est que j'ai toujours considéré que les médecins canadiens étaient capables de gérer et d'assurer des services de santé très efficaces. J'estime que c'est ce qu'ils ont fait, mais grâce à leur indépendance et à leur autonomie. Ce sont eux qui décident de l'accès à la profession. Ils peuvent faire toutes sortes de choses par l'intermédiaire de l'Ordre des médecins, des associations médicales, et ainsi de suite.

Vos propos me donnent l'impression qu'à votre avis, le gouvernement devrait prendre lui-même en charge certaines de ces activités. Je ne pense pas que la profession médicale soit d'accord. C'est pourtant ce que vous dites. Si vous voulez que le gouvernement fixe le nombre de psychiatres qui devront aller pratiquer dans le Nord ou ailleurs, vous pouvez être certains qu'il va également avoir des choses à dire sur l'administration des services de santé et sur l'activité médicale dans l'ensemble du pays.

Je suis certain que si j'en parle à des médecins, ils me diront que le gouvernement en fait déjà trop actuellement. Je pense que c'est un problème interne...

Un témoin: Politique.

M. Cole: Oui, c'est peut-être politique. Vous avez peut-être raison.

Il y a beaucoup de problèmes d'ordre interne. Comme toutes les associations médicales, votre association devrait balayer devant sa porte avant de faire des reproches à l'ensemble de la société qui, selon vous, est représentée par le gouvernement. Plus le gouvernement interviendra, plus les associations médicales vont perdre de leur autonomie. Êtes-vous prêts à faire face à un tel résultat? C'est pourtant ce que vous recommandez.

Dr Beauséjour: Nous disons que tous les intervenants doivent être présents autour de la table pour en parler, c'est-à-dire le gouvernement, les psychiatres, les autres intervenants en santé et les destinataires des services de santé. Le gouvernement n'est pas le seul en cause, mais c'est un élément important de l'ensemble, puisqu'il détient les cordons de la bourse.

Les psychiatres ont eux aussi un rôle à jouer. Ce qui est important pour l'ensemble des médecins, c'est, en définitive, la relation entre le patient et son médecin. Il s'agit là d'un élément crucial dans la prestation des services de santé. C'est

[Text]

enhanced because it is what makes the system work. We are dealing between people. The trust that can be developed there cannot be tampered with. In this regard, if the government intrudes on the doctor-patient relationship, a lot of doctors will be very upset because it prevents them from doing effectively the work they need to do.

For issues of service delivery and funding of health care services—society's issues in general—the doctors cannot decide what society wants. We are part of the society and we recognize that we cannot make decisions alone, all by ourselves. We need the other players in the system to discuss with. Hopefully all of us together can find the appropriate solutions.

• 1000

Whether we want it or not, government has something to say in how health care is being provided. Funding patterns dictate patterns of practices. In that regard the governments have a lot to say on how care is being provided.

Mr. Cole: The bottom line effectively is dollars.

Dr. Beauséjour: That is what makes the system work. If you do not have the moneys to have equipment, to have buildings, to have personnel to run the health care system—

Dr. Rivard: There are some solutions available, but it has to be worked out with all the players. For example, if you want to provide psychiatric care to a remote area, there is more than one model. The government can say so many physicians have to go and move there and that is it, or you can have regular linkages in liaison with some physicians who are going to have as their mandate not to see patients on a fee-for-service basis, which is what is happening in most provinces, but as a mandate to recruit a core of physicians, a core of people who actually deliver the services, and teach them over a period of time through real-life patients, through real-life problems, how to handle their problems on an ongoing basis.

The psychiatrist, for example, who would be a consultant in that kind of setting could not be paid a fee for service. If you are offering fee for service they are going to see patients, and 10 years down the road there are going to be a few patients who will have been seen, but there will be the same chronic problems.

You need to look at the fee structure, and you need to look at what it is people who actually live in those areas and work in those areas want. Who should be educated? How does the consultation occur? It is something that has to be very specifically worked out. Where are the responsibilities? How much access should there be to tertiary care centres?

All of these are the details that need to be worked out as a group with all the key players involved. There are certainly solutions available other than the government telling the physicians they have to go and do it a certain way.

[Translation]

un élément qu'il faut cultiver et protéger, car c'est grâce à lui que le système de santé fonctionne. Il s'agit toujours de relations interpersonnelles. Il ne faut rien faire qui puisse entamer la confiance entre un patient et son médecin. À cet égard, si le gouvernement intervient dans cette relation, il va mécontenter bien des médecins, car il va les empêcher de faire efficacement leur travail.

Pour ce qui est du financement et de la prestation des services de santé, ou pour l'ensemble des questions de société de façon générale, ce n'est pas aux médecins de décider ce que souhaite la société. Nous appartenons à la société, mais nous savons que les décisions ne doivent pas être prises par nous uniquement. Nous avons besoin d'en parler avec les autres intervenants. Tous ensemble, nous devrions être en mesure de trouver des solutions appropriées.

Qu'on le veuille ou non, le gouvernement a son mot à dire dans la façon dont les soins de santé sont administrés. Les modalités du financement déterminent les modalités de la prestation de services. À cet égard, les gouvernements ont leur mot à dire concernant l'administration des soins de santé.

M. Cole: En définitive, on en revient à une question d'argent.

Dr Beauséjour: C'est ce qui fait marcher le système. Si vous n'avez pas les crédits nécessaires pour l'équipement, les locaux, le personnel et la gestion du système. . .

Dre Rivard: Des solutions existent, mais elles doivent être recherchées avec l'aide de tous les intervenants. Par exemple, si l'on veut proposer des soins psychiatriques dans une région éloignée, on peut recourir à plusieurs modèles. Le gouvernement peut exiger qu'un certain nombre de médecins aillent s'établir dans cette région, ou bien, on peut envisager un organe de coordination faisant appel à certains médecins dont le mandat ne sera pas de soigner des patients moyennant une rémunération à l'acte, conformément à ce qui se fait dans la plupart des provinces, mais qui devront constituer un noyau de médecins et de personnes chargés d'assurer les services, puis de leur enseigner pendant un certain temps, par les contacts directs avec les patients, dans des situations très concrètes, comment résoudre ce genre de problèmes dans une perspective à long terme.

Par exemple, un psychiatre qui serait consulté dans une situation de ce genre ne pourrait être rémunéré à l'acte. Le médecin rémunéré à l'acte va se contenter de voir des patients et au bout de 10 ans, il en aura vu un certain nombre, mais les mêmes problèmes chroniques resteront entiers.

Il faut étudier la question de la rémunération en tenant compte de ce que souhaitent les gens qui vivent dans les régions éloignées. Qui faut-il informer? Quelles sont les modalités de la consultation? Voilà le genre de questions qu'il faut étudier spécifiquement. Comment se répartissent les responsabilités? Quelles devraient être les conditions d'accès aux centres de soins tertiaires?

Voilà le genre de détails qu'il faut régler en groupe, en faisant appel à tous les principaux intervenants. L'intervention de gouvernements qui dicteraient leur conduite aux médecins n'est certainement pas la seule solution.

[Texte]

That could be to everybody's satisfaction.

Mrs. Clancy (Halifax): Thank you very much for your presentation. On the previous discussion, I would just say as a battle-scarred veteran of the abortion committee I hope it will be a while before we get into the particular niceties of debate on the termination of life at the other end.

I was interested in knowing what your association believes to be the incidence of depression in the elderly. I belong to that generation that has suddenly discovered its parents are aging, and it is a fairly frightening prospect for us.

It would seem that whether you are talking about elderly within institutional care, or even semi-institutional in the sense of certain senior citizens' complexes, or the elderly who remain at home—i.e., in their individual apartments or houses—depression seems to be a very, very major problem.

Dr. Rivard: I would like to answer this question. First I would warn you that research data is quite misleading in some sense because if studies are done using diagnostic criteria that are very strict, the elderly do not fit those strict standard patterns of depression and therefore the rates you find from these etymological studies are very low.

On the other hand, if you have good etymological studies done on large samples, including about 1,000 elderly people living in a community, with good psychiatric interviews, about 10% to 15% of them suffer from what physicians would say is depression that needs treatment of some kind. So it is a very prevalent disorder.

At this time I should warn people that the cohort of elderly people we have currently have known psychiatric care at a time when people were simply shipped into long-term hospitals for the rest of their lives, and therefore they are not coming forward to be treated. This will change as psychiatric care and mental health issues become more accessible and less stigma is attached to it. Therefore, very likely we are going to see an increase in requests for services for people who have very treatable illnesses, by the way, which are depressions, which can be treated and in fact cured for many people and where the prognosis in old age actually is excellent.

Mrs. Clancy: You have pretty well answered my second question in that area. You talked about long-term planning in general relating to mental health care for the aging population. It would seem to me that building in the component that would be prepared in the preventive sense... It seems to me that this particular type of depression—and it is clearly just something I have observed very cursorily—is certainly age specific. It is situation specific, if you will, as well, in certain circumstances. I am talking about the isolation, the inability to get around in the same manner as before, what you mentioned about the stigma related to seeking help, etc. I wonder if your organization has any

[Traduction]

En outre, la concertation devrait donner satisfaction à tout le monde.

Mme Clancy (Halifax): Merci beaucoup pour votre exposé. À propos de l'échange précédent, je voudrais dire, en fonction de mon expérience au sein du comité de l'avortement, que j'espère que nous ne sommes pas à la veille d'entamer le débat sur l'euthanasie.

J'ai trouvé fort intéressante l'analyse que fait votre association de l'incidence de la dépression chez les personnes âgées. Les gens de ma génération ont soudainement constaté que leurs parents prenaient de l'âge, et c'est, pour nous, une perspective assez effrayante.

Que l'on parle des personnes âgées en milieu hospitalier ou semi-hospitalier, comme certains centres d'hébergement de personnes âgées, ou bien des personnes qui restent chez elles, dans leur appartement ou dans leur maison, la dépression semble constituer un problème très grave.

Dre Rivard: J'aimerais répondre à cette question. Tout d'abord, je voudrais faire une mise en garde: les résultats de la recherche peuvent prêter à confusion car si l'on fait des études en utilisant des critères de diagnostic très stricts, la catégorie des personnes âgées n'est pas rigoureusement conforme aux normes étroites de la dépression et, par conséquent, les taux indiqués par les études épidémiologiques sont très faibles.

En revanche, dans une bonne enquête épidémiologique à échantillonnage comprenant environ un millier de personnes âgées vivant en milieu communautaire et soumises à de bonnes entrevues psychiatriques, on constate qu'environ 10 p. 100 à 15 p. 100 de ces personnes souffrent de ce que les médecins qualifient de dépression nécessitant un traitement. C'est donc un problème très fréquent.

Je dois faire une autre mise en garde: la plupart des personnes âgées actuellement ont connu les soins psychiatriques à une époque où les malades psychiatriques étaient enfermés pour le restant de leurs jours dans des établissements de soins prolongés et, par conséquent, ces personnes âgées sont peu enclines à se faire soigner en psychiatrie. Cette situation va changer grâce à l'accessibilité croissante des soins psychiatriques et des questions de santé mentale, et à l'atténuation des stigmates associés aux problèmes psychiatriques. On devrait donc assister à une augmentation de la demande de services psychiatriques de la part de personnes souffrant de maladies que l'on peut soigner, comme les dépressions, qui peuvent même être guéries et dont le pronostic est excellent pour les personnes âgées.

• 1005

Mme Clancy: Vous avez assez bien répondu à ma deuxième question dans ce domaine. Vous avez parlé de façon générale de la planification à long terme des soins de santé mentale pour la population vieillissante. Il me semble qu'en intégrant l'élément de prévention... il me semble que cette forme particulière de dépression—et c'est un phénomène que j'ai observé à maintes reprises—est liée à l'âge. Elle est liée également à la situation, dans certaines circonstances. Je veux parler de l'isolement, de l'impossibilité de continuer à faire ce que l'on faisait avant, et, comme vous l'avez dit, des stigmates attachés aux soins psychiatriques, etc. Est-ce que votre organisme aurait des recommandations à

[Text]

recommendations about this in the preventive medicine sense and in long-term planning in the sense of community health centres, in the sense of senior citizens' complexes, and so on.

Dr. Rivard: First, I would like to add that it is not a simple issue, that nowhere in the life span other than in old age is it more crucial to recognize that depression is a multi-factorial illness, including many physical factors.

Mrs. Clancy: I was not suggesting it was simple.

Dr. Rivard: Medical illnesses contribute to a great extent to depression, and not only just the isolation and the social factors. It is really bio-psycho-social factors. That really complicates the picture. Certainly some efforts can be directed at prevention, but we have to be careful that we do not take a simplistic approach, saying that one thing will prevent depression. It is a very complex illness in old age.

As to what the association is doing, certainly the section on geriatric psychiatry is very interested in the issue. The section has built up now to where the manpower in geriatric psychiatry to do the research in these issues is getting to the point where it is actually going to be feasible to do research in those areas.

Dr. Beauséjour: To underline the issue about geriatric psychiatry, our current president, who came into function last September, a month ago, has chosen as his presidential theme "Geriatric Psychiatry: The Challenge for the 1990s" to stress the importance of the issue and to make this year a year of awareness for all our members for issues in geriatric psychiatry that must be addressed and recognized. So the association is certainly involved in the area and wishes to continue.

Mr. Halliday (Oxford): We welcome our colleagues from the Psychiatric Association.

There is one area I do not think you addressed. I understand the flight of patients to the U.S.A. for treatment exists, particularly with some drug problems, maybe particularly for youth, and I believe I recall reading about serious development for other types of mental illness now having to go the U.S. to get adequate treatment. Can you confirm that this is true? What seems to be the problem lying behind that, that we cannot handle our own Canadian citizens in this country?

Dr. Beauséjour: This is an issue that has recently been brought to my attention at the Ontario Psychiatric Association. I do not have any first-hand data on the complete picture of that, but it seems to be an emerging issue that psychiatric care is being provided by American hospitals. It needs to be looked at very carefully. Is it because there are not sufficient psychiatric services in Canada to provide the services, or is it because we are entering into competition with another country for services? I could not tell, but it is certainly something that has come to our attention and is an issue that needs to be looked at very carefully.

Mr. Halliday: Where could our research staff get more help on this? You say from the Ontario Psychiatric Association?

[Translation]

formuler concernant la médecine préventive et la planification à long terme pour les centres de santé communautaires, les établissements destinés aux personnes âgées, etc.?

Dre Rivard: Tout d'abord, je voudrais préciser que cette question n'est pas simple et que dans le cas du troisième âge, plus que dans tout autre groupe d'âge, la dépression a des facteurs multiples, notamment de nombreux facteurs d'ordre physique.

Mme Clancy: Je n'ai jamais prétendu que c'était simple.

Dre Rivard: Certaines maladies peuvent favoriser considérablement un état dépressif; ce n'est pas le seul cas de l'isolement ni des facteurs sociaux. On remarque des facteurs bio-psycho-sociaux. Tout cela complique la situation. On peut certainement faire des efforts en matière de prévention, mais il faut bien se garder de toute tentation de simplification et ne pas prétendre prévenir la dépression grâce à un facteur unique. C'est une maladie très complexe chez les personnes âgées.

En ce qui concerne l'action de notre association, notre section de psychiatrie gériatrique s'intéresse beaucoup à la question. Les ressources humaines en psychiatrie gériatrique considèrent désormais qu'il est possible de faire de la recherche dans ce domaine.

Dr. Beauséjour: Toujours dans le domaine de la psychiatrie gériatrique, notre président actuel, qui est entré en fonction en septembre dernier, il y a un mois, s'est fixé pour la durée de sa présidence le thème suivant: «La psychiatrie gériatrique: Le défi des années 90», ce qui indique bien l'importance de la question, car il veut faire de l'année en cours une année de sensibilisation de tous nos membres aux questions de psychiatrie gériatrique. Par conséquent, notre association intervient directement dans ce domaine et souhaite continuer à le faire.

M. Halliday (Oxford): Je voudrais souhaiter la bienvenue à nos collègues de l'Association des psychiatres.

Je voudrais aborder un sujet dont vous n'avez pas parlé. Il existe, à ma connaissance, un certain nombre de patients qui sont envoyés aux États-Unis pour des traitements, en particulier dans des cas de toxicomanie, notamment chez les jeunes, et je crois me souvenir d'avoir lu des articles concernant des personnes souffrant de certaines maladies mentales graves qui doivent aller aux États-Unis pour recevoir un traitement approprié. Pouvez-vous me confirmer cela? Quel serait le problème qui cause une telle situation et qui fait qu'on ne peut pas s'occuper des citoyens canadiens dans notre pays?

Dr. Beauséjour: Voilà une question qui a été récemment portée à mon attention à l'Association des psychiatres de l'Ontario. Je n'ai pas de données de première main concernant cette situation, mais il apparaît de plus en plus que les hôpitaux américains proposent certains soins psychiatriques. La question mérite d'être étudiée très attentivement. Est-ce parce qu'il n'y a pas suffisamment de services psychiatriques au Canada pour proposer ce genre de soins, ou est-ce parce que nous sommes en concurrence avec un autre pays pour la prestation de certains services? Je ne peux le dire, mais le problème a été porté à notre attention et nous allons l'étudier très soigneusement.

M. Halliday: À qui nos attachés de recherche pourraient-ils s'adresser pour approfondir la question? Vous avez parlé de l'Association des psychiatres de l'Ontario.

[Texte]

[Traduction]

• 1010

Dr. Beauséjour: We had a call about 10 days ago from a journalist in Toronto who asked me the same question, and we are trying to see what is there. It is difficult to comment on the details of that at the moment because I do not have more detail than that. It seems to be happening.

Mr. Halliday: I think we need to know where we are going to get some more advice on this as to what is the problem and what might be the solution.

Dr. Rivard: One area that I am aware of is in the area of alcohol abuse and drug dependency, where the stigma as well as the relative lack of resources, particularly specialized resources, in the area of alcohol abuse has been a factor. This is first-hand information from contact with patients who actually have gone to the States to get treated.

If you look at the major disorders in old age, I would be very surprised if people are going to the States for dementia or for the treatment of depression. Certainly in the area of alcohol abuse, that may be an area where you have. . .

Mr. Halliday: I suppose our provincial health care agencies should know how many people are going to the States from each province, because most of the patients who go have some component of the cost paid by the local provincial plan. Am I not right? Maybe we should be going to each provincial health care agency to see to what extent they are funding Canadians going abroad.

Dr. Rivard: The different health insurance plans.

Mr. Halliday: That is right.

Mr. Pagtakhan: This is a very important point, if I might interject. I was reading about the so-called Heartbeat Windsor, where a group in Windsor are trying to contract U.S. services, and the argument has been offered that the fee for service would be based on the Canadian fee schedule. My question, which I would like the committee to address, is that the balance of payments would be altered. Sure, we will be paying the same fee schedule, but we will be paying it to the United States, so the balance of payments could be altered in the long run. I am glad you raised that issue, Dr. Halliday.

Mr. Halliday: I think we need to ask our staff to pursue this in some detail.

In your opening paragraph you alluded to the terms of reference of the committee, which is appropriate, including the funding of health care. Like most witnesses who have come here, you have very deftly skated around that issue, although you have alluded to it. On page 5, you refer to the possibility of something being grossly underfunded and considered to be underfunded.

Nowhere in your presentation or your summary have you given us any help as to how we might deal with this problem of so-called underfunding. Some argue it does not exist, but you have intimated that probably in your view it does.

Dr Beauséjour: Il y a une dizaine de jours, nous avons reçu l'appel d'un journaliste de Toronto qui m'a posé la même question, et nous essayons de savoir ce qu'il en est. Il est difficile d'en parler en détail actuellement, car je n'en sais rien de plus. Mais je crois que ce genre de chose se passe effectivement.

M. Halliday: Il faudrait savoir où nous pourrions obtenir des détails sur ce problème et sur les solutions qu'on pourrait y apporter.

Dre Rivard: Je connais le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie, où les facteurs de stigmatisation ainsi que du manque de ressources, en particulier de ressources spécialisées, sont assez bien connus. J'ai obtenu ces renseignements par des contacts avec des patients qui se sont effectivement rendus aux États-Unis pour subir des traitements.

Si l'on considère les principaux problèmes de santé des personnes âgées, je serais très surprise qu'elles soient nombreuses à se rendre aux États-Unis pour des cas de démence ou de dépression. L'alcoolisme est peut-être un domaine dans lequel. . .

M. Halliday: Je suppose que les organismes provinciaux de santé devraient savoir combien de personnes, dans chaque province, se rendent aux États-Unis, car la plupart des patients qui s'y rendent demandent à leur régime provincial d'assurance-maladie de prendre en charge une partie des coûts du traitement. C'est bien cela, n'est-ce pas? Peut-être faudrait-il s'adresser à chaque régime provincial d'assurance-maladie pour voir dans quelle mesure ces régimes financent des traitements suivis par des Canadiens à l'étranger.

Dre Rivard: Les différents régimes d'assurance-maladie.

M. Halliday: C'est cela.

M. Pagtakhan: Si vous me permettez d'intervenir, je dirais que la question me semble très importante. J'ai lu un article sur l'organisme appelé *Heartbeat Windsor*; ce sont des gens de Windsor qui essaient d'acheter par contrat des services aux États-Unis et prétendent que ces services seront facturés en fonction du barème canadien. J'aimerais que le comité se penche sur la question de la modification de la balance des paiements qui devrait en résulter. Naturellement, les Canadiens seront soumis au même barème, mais les montants en question seront versés aux États-Unis, ce qui pourrait, à long terme, se répercuter sur la balance des paiements. Je suis heureux que vous ayez soulevé cette question, docteur Halliday.

M. Halliday: Il faudrait demander à nos attachés de recherche d'étudier cette question en détail.

Dans votre premier paragraphe, vous avez parlé du mandat du comité, qui comprend le financement des soins de santé. Comme la plupart des témoins qui ont comparu devant nous, vous avez habilement esquivé la question, même si vous en avez parlé. À la page 5, vous évoquez la possibilité que certains secteurs soient maintenant sous-financés.

Pas plus dans votre mémoire que dans votre résumé, il n'a été question de la façon dont on pourrait régler le problème du sous-financement. Certains prétendent que le problème n'existe pas, mais vous laissez entendre qu'à votre

[Text]

Assuming it does exist, and assuming that since eight provinces in the last six years or so have had to have health care task forces look at the situation in each of their provinces, there must be a problem. In your view, what is the answer to the alleged underfunding problem, which is part of our terms of reference? I do not think you have addressed it. Perhaps you would comment on that.

Dr. Beauséjour: Basically our view is that it is a very complex problem, and there are no easy solutions. The "one size fits all" solution does not work in that area. There is a recognition that to provide quality health care services and mental health services, there is a lack of funding to provide it efficiently.

At the same time, we recognize that there is a limited number of dollars, and the mental health dollars and the health dollars in general cannot be extended indefinitely. Choices have to be made about how we can provide the best and the highest quality of service for patients with the available resources. That may mean putting more resources where they are needed or reallocating existing resources in a way that will preserve the quality of care.

Our message is that we do not have the answer to that. We may have part of the answer, but all the players have to sit together to look at the issues. This includes the government, the health providers and those who receive the services, so that the system that can be shaped will be one that is adequate from all points of view.

• 1015

Doctors cannot do it all by themselves. We need the help of others. We need to have our input into the process but we also need the input of the other important. . .

Mr. Halliday: Many of the more socially progressive countries in the world—for example, Sweden—are beginning to expect greater participation from the patient. For those who can afford to participate somewhat in the payment of the services. . . Would you favour that in this country or not?

Dr. Beauséjour: Certainly.

Mr. Wilbee (Delta): I apologize for coming in late. I was at another meeting so what I am going to ask you may have been covered in the preliminary part.

Over the last 25 years or so the whole emphasis has been to de-institutionalize mental health programs. When I read your brief it seemed to indicate that you are questioning whether this is an economically sound program. Would you like to amplify on that? Where are the limits? What are you trying to tell us, that we have gone too far, that we have not gone far enough, or that we should go back to where we were 20 years ago?

Dr. Beauséjour: It would seem that over the years we have fallen into a kind of trial-and-error pattern of dealing with the planning of mental health services. In the 1800s the mentally ill were put in jails. Then someone had the bright idea

[Translation]

avis, il existe. Dans ce cas, si l'on considère qu'au cours des six dernières années, huit provinces ont constitué des groupes de travail pour étudier ce problème sur leurs territoires, c'est bien la preuve qu'il existe. À votre avis, quelle est la solution de ce problème de sous-financement, qui fait partie de notre mandat? Je ne pense pas que vous ayez traité cette question. Puis-je avoir votre opinion à ce sujet?

Dr Beauséjour: Nous estimons essentiellement qu'il s'agit là d'un problème très complexe, qu'on ne saurait résoudre facilement. Toute solution prétendument universelle serait ici inefficace. Il est certain que le secteur de la santé ne reçoit pas suffisamment de crédits pour assurer des soins efficaces, notamment en matière de santé mentale.

En même temps, nous savons que les ressources sont limitées et qu'on ne peut pas étirer indéfiniment les crédits consacrés à la santé, et en particulier à la santé mentale. Il va falloir faire des choix concernant la façon d'assurer la meilleure qualité de services aux patients en fonction des ressources disponibles. Peut-être va-t-il falloir, pour cela, affecter davantage les ressources dans les secteurs qui en ont besoin, ou les réaffecter de façon à préserver la qualité des soins.

Ce que l'on peut dire, c'est que nous n'avons pas de réponse à cette question. Nous avons peut-être une réponse partielle, mais il faudrait que le problème soit étudié conjointement par toutes les parties concernées, c'est-à-dire le gouvernement, les intervenants en santé et les bénéficiaires des services, de façon que le système mis en place soit satisfaisant de tous les points de vue.

Les médecins ne peuvent pas tout faire seuls. Nous avons besoin de l'aide des autres. Nous devons pouvoir participer au processus, mais nous avons également besoin de la contribution des autres importants. . .

M. Halliday: Nombre des pays du monde les plus progressistes au plan social—par exemple, la Suède—commencent à demander une plus grande participation de la part du patient. Ceux qui peuvent contribuer en partie au paiement des services. . . Êtes-vous favorables à ce principe dans notre pays ou non?

Dr Beauséjour: Sans aucun doute.

M. Wilbee (Delta): Veuillez m'excuser de mon retard. J'assistais à une autre réunion, et il est possible que vous ayez déjà répondu plus tôt à ma question.

Depuis 25 ans environ, on met l'accent sur la désinstitutionnalisation des programmes de santé mentale. Lorsque j'ai lu votre mémoire, j'ai eu l'impression que vous mettiez en doute le bien-fondé d'un tel programme du point de vue économique. Pourriez-vous étoffer un peu votre pensée? Quelles sont les limites? Que cherchez-vous à nous dire, que nous sommes allés trop loin, ou pas assez loin, ou que nous devrions revenir 20 ans en arrière?

Dr Beauséjour: À mon avis, au fil des ans, nous avons eu tendance à procéder par tâtonnements en ce qui a trait à la planification des services de santé mentale. Dans les années 1800, les malades mentaux étaient incarcérés. Puis

[Texte]

that if they were put in hospitals instead they would get proper care, they could be treated and perhaps there would be a cure for mental illness. The cure did not happen, but better care did come about.

Then people had the idea to create special hospitals dedicated solely to the care of mentally ill, in an attempt to find a cure and prevent mental disease from happening. These institutions became larger and larger, with many patients being taken care of for a long time.

For the most part these patients received good care, but we decided we could not go on expanding that system forever and just hoarding patients in institutions. We decided to put them back into the community and to integrate them so they could have a quality life, be part of the community they lived in, be with their family—that sort of thing. So the de-institutionalization movement started back in the 1950s.

So patients were put out of the hospitals, but there were no adequate community support programs for them. It was a disaster because patients started roaming the streets, they were not getting proper care, and it did not work very well. The lesson we learned was that we need to establish community care programs that support patients in the community and help them to integrate into the community. That process has been going on since then on a trial-and-error basis. Some programs have not worked well, but others have worked very well.

We are saying that we need to sort out what works and what does not, and that the answer is not to close the institutions and put everyone in the community, because certain patients do need institutional care. Asking them to perform at a level of functioning that they are incapable of achieving is to torture them for no reason and only makes them even more ill.

Some patients can and should be back in the community. In that situation we have to put all our resources into helping that process. Unfortunately, we have created solitudes in our system. The psychiatric hospitals function on their own, the general hospital psychiatry departments have developed their own programs, and the community care programs do their own thing. There has not been enough communication between these systems to integrate and facilitate the return of patients to the community.

We are struggling with how we can make that happen. We are saying that it has to happen and we want our patients—those who are able—to re-enter the community and have adequate support services available to them. But it should be not at the expense of decreasing care for the patients who need to be in institutions, by providing them less quality of care because we are shifting everything there. There has to be a balance between these things. This is the

[Traduction]

quelqu'un eut l'idée fantastique de les internier dans des hôpitaux où l'on s'occuperait mieux d'eux, où ils pourraient être soignés, dans l'espoir que l'on trouve un jour une façon de guérir les maladies mentales. On n'a toujours pas trouvé de remèdes, mais les malades ont effectivement été mieux traités.

Puis les gens ont eu l'idée de créer des hôpitaux spéciaux uniquement consacrés au traitement des malades mentaux, dans le but de trouver un remède et de prévenir les maladies mentales. Ces institutions ont pris peu à peu de l'importance, et bon nombre de patients reçoivent des traitements de longue durée.

Pour l'ensemble, ces patients ont été bien soignés, mais nous avons décidé qu'il nous était impossible de créer sans cesse de nouveaux établissements et d'y envoyer des patients en grand nombre. Nous avons donc décidé de les réintégrer dans la collectivité de façon à ce qu'ils jouissent d'une vie de qualité, qu'ils participent à la vie de leur localité, qu'ils soient dans leur famille—et autre chose du même genre. Le mouvement de désinstitutionnalisation a vu le jour dans les années 50.

Les patients ont donc quitté les hôpitaux, mais il n'existait aucun programme de soutien communautaire satisfaisant pour eux. Ce fut une catastrophe parce que les patients ont commencé à déambuler dans les rues, qu'ils n'étaient pas convenablement soignés et le système n'a guère donné de résultats. Nous en avons tiré une leçon: il nous fallait créer des programmes de soins communautaires visant à aider les patients au sein de la collectivité et à favoriser leur réintégration. Depuis lors, ce système est appliqué par tâtonnements. Certains programmes n'ont guère été couronnés de succès, mais d'autres ont donné de bons résultats.

A notre avis, il faut faire le tri entre les mesures couronnées de succès et les autres, et la réponse ne consiste pas à fermer les établissements et à réintégrer tous les malades dans la collectivité, parce que certains d'entre eux ont vraiment besoin d'être soignés en établissement. Leur demander de se débrouiller alors qu'ils sont incapables de le faire équivaut à les torturer sans raison, ce qui ne fait qu'aggraver leur maladie.

Certains patients peuvent et doivent réintégrer la collectivité. Dans ce cas, nous devons consacrer toutes nos ressources à des programmes visant à les y aider. Malheureusement, au sein de notre système, il existe de nombreuses entités qui font cavalier seul. Les hôpitaux psychiatriques fonctionnent de leur côté, les services de psychiatrie des hôpitaux généraux ont mis sur pied leurs propres programmes et les programmes de soins communautaires sont appliqués aussi de leur côté. Il n'y a pas eu suffisamment de communication entre ces systèmes pour faciliter la réintégration des patients dans la collectivité.

Nous faisons des pieds et des mains pour atteindre cet objectif. Nous sommes convaincus que c'est nécessaire et nous voulons que nos patients—du moins ceux qui en sont capables—réintègrent la collectivité et y aient accès à des services d'aide satisfaisants. Toutefois, cela ne devrait pas se faire au détriment des soins accordés aux patients qui ont besoin d'être hospitalisés, ou en leur offrant des soins de qualité inférieure parce que nous concentrons tous nos efforts

[Text]

message we are saying. In providing the balance—and again I am repeating—there has to be a concerted effort and discussion between the governments at all levels, the health care providers and the consumers of these services to arrive at a balance that will achieve what needs to be done.

• 1020

Dr. Rivard: I would like to add that this is particularly important with the elderly. It is inescapable that there will be a proportion of elderly patients with mental illness who will need institutional care. I view the current challenge that we have today as one to make institutions part of the community.

Again, there are different strategies to do it: keep the mentally ill in smaller institutions or institutions where families have much greater access or a greater participation, but where the quality of care can be maintained and where the relationships with the community and the family can be improved and much more integrated. Again, there are certainly a number of strategies that can be thought of and implemented if all the key players get together.

Mr. Wilbee: The second question follows, and it comes from page 2 of your brief. It talks about the rehabilitation beds in hospitals for psychiatric patients and possibly instituting a system of financial support for care-givers to allow them to care for their chronically ill or frail relatives.

A case comes to mind in my own constituency of a famous artist who suffered from polio in an institution for 30 years, came out, had a care-giver, and made the mistake of marrying her. Immediately her income stopped and they were then left on his disability pension of \$1,200 a month. If he had not married her, then she would have been paid for caring for him.

Do you have any comments on this? Who are we going to define as care-givers? Is this a casual boyfriend who drops in or is this a—

Dr. Rivard: I do know it is a difficult issue. I think it is one that can be addressed. There are some genuine care-givers out there who spend a great deal of time and money and a great deal of loss of income, for example, because they care for their relatives. If we do not have people who are willing to do this, we are going to pay. We are going to pay to have them in institutions. I think the government, with consultation, has to find a fair balance and a fair way of recognizing this care that is given in the community by families.

It is also very important that those care-givers be supported; for example, with respite services and so on. Again, a lot of different strategies can be used to support and encourage this type of informal care, if you wish.

There needs to be more thought put into this and action coming soon. There are multitudes of examples. For example, daughters looking after their Alzheimer's relative. Some extraordinary people will do it for great lengths of time and

[Translation]

sur la désinstitutionnalisation. Il faut en arriver à un juste équilibre. Voilà ce que nous voulons dire. Pour réaliser cet équilibre—et je me répète—il doit y avoir un effort concerté et des discussions entre tous les paliers de gouvernement, les intervenants en santé et les patients, de façon à mettre sur pied un système équilibré qui atteigne les objectifs établis.

Dre Rivard: Je voudrais ajouter que cette question revêt une importance toute particulière pour les personnes âgées. Il est inévitable qu'un certain nombre d'entre elles atteintes de maladie mentale aient besoin d'être hospitalisées. À mon avis, l'enjeu auquel nous sommes confrontés à l'heure actuelle, c'est d'intégrer les hôpitaux dans la collectivité.

Là encore, il y a diverses stratégies possibles: interner les malades mentaux dans des petits hôpitaux ou des établissements auxquels les familles ont plus facilement accès ou peuvent davantage participer, mais où la qualité des soins peut être maintenue et les rapports avec la collectivité et la famille améliorés et mieux intégrés. Là encore, il existe un certain nombre de stratégies que l'on peut concevoir et mettre en oeuvre si tous les principaux intervenants joignent leurs efforts.

M. Wilbee: Ma deuxième question découle de la page 2 de votre mémoire. Vous dites qu'il faut prévoir plus de lits de réadaptation dans les départements psychiatriques des hôpitaux et peut-être un système d'aide financière qui permettront à certaines personnes de continuer à prendre soin de parents âgés fragiles ou atteints de maladies chroniques.

Je pense à un cas, dans ma circonscription, celui d'un artiste célèbre atteint de poliomyélite et qui a passé 30 ans dans un hôpital, en est sorti, qui avait quelqu'un pour s'occuper de lui et qui a fait l'erreur d'épouser la personne en question. Le revenu de celle-ci a été immédiatement supprimé et le couple a dû vivre uniquement grâce à la pension d'invalidité du malade, soit 1200\$ par mois. S'il ne l'avait pas épousée, elle aurait continué à être rémunérée pour s'occuper de lui.

Que pensez-vous de cette situation? Comment allons-nous définir le fournisseur de soins? S'agit-il d'un petit ami qui vient à l'occasion, ou est-ce... .

Dre Rivard: Je sais que c'est une question délicate. On peut toutefois la résoudre. Il y a de véritables fournisseurs de soins qui consacrent beaucoup de temps et d'argent et perdent une bonne partie de leur revenu, par exemple, parce qu'ils s'occupent de membres de leur famille. Si personne n'est prêt à jouer ce rôle, c'est nous qui allons devoir payer. Nous allons devoir payer les frais d'hospitalisation de ces personnes. Le gouvernement, grâce à des consultations, doit trouver un juste équilibre et une façon équitable de reconnaître les membres de la famille qui s'occupent de ces malades dans la collectivité.

Il importe également de venir en aide, par exemple, grâce à un service de relève et autres. Là encore, on peut avoir recours à diverses stratégies pour soutenir et encourager ce genre de soins parallèles, si vous voulez.

Il faut davantage réfléchir à la question et prendre sans tarder des initiatives. Les exemples sont légion. Par exemple, des filles qui s'occupent d'un de leurs parents atteints de la maladie d'Alzheimer. Certaines personnes extraordinaires le

[Texte]

others will not. If there were some kind of financial incentive—this has to be worked out by the government—then it might actually end up in decreased health costs and increased comfort and increased quality of life.

The Chairman: Thank you, Mr. Wilbee. I know there is some risk in marriage, but this is one I had not realized.

Mr. Wilbee: It is an interesting case.

Mr. Pagtakhan: Mr. Chairman, we have focused on the elderly in the presentation. Would you have any brief comments on children, on the street kids? I was just reading one news item in *The Medical Post* that they, and adolescents, will be infected with AIDS at very high risk. What type of psychiatric or psychological problems do you think we have to be looking into for approaches to solutions?

• 1025

Dr. Beauséjour: To give you a comprehensive answer on that, I would have to ask my child psychiatry and adolescent psychiatry colleagues who have looked at the problem and are starting to develop strategies regarding that. It is and will be a very crucial issue that needs to be addressed properly. As for the impact it will have, we cannot see yet how enormous it could be. But it is certainly something that is more than on the rise; it is there. We have to develop the right strategies to deal with that in the proper fashion. This is about as far as I can go to answer your questions.

Mr. Pagtakhan: The reason I asked the question is because when we look at the funding of the health care system, the children are not really forgotten because they really are our future.

My second question relates to your statement that add-on services are provided to patients who in fact did not require them in the first place. You alluded to some of those experiences. What is the magnitude of this practice that is happening, and why has it been allowed to happen? Where is the failure in the system? Why add on unnecessary services that therefore incur costs?

Dr. Beauséjour: What we alluded to in our document is if there is no proper linkage between health and social services, sometimes services get added on. Although patients in some way become eligible for them, it does not mean they absolutely need them, but because they are eligible for them they get them. And if there is no proper linkage between the services, then this kind of thing may happen.

We have received feedback from psychiatrists around the country that this is something that happens. The magnitude I do not know. If the two systems were linked in some way so that a streamlining of these resources could be done and

[Traduction]

feront pendant très longtemps, mais d'autres ne voudront pas le faire. S'il existait une sorte de stimulant financier—et c'est au gouvernement de trouver une formule—on finirait par assister à une diminution des frais de santé et un accroissement de la qualité de vie et du confort des malades.

Le président: Merci, monsieur Wilbee. Je sais que le mariage présente parfois certains risques, mais je n'avais pas pensé à celui-ci.

M. Wilbee: C'est un cas intéressant.

M. Pagtakhan: Monsieur le président, dans leur exposé, nos témoins ont concentré leur attention sur les personnes âgées. Pourriez-vous nous faire brièvement quelques observations sur les enfants, les enfants de la rue? J'ai lu tout récemment un article dans *The Medical Post* selon lequel les enfants et les adolescents ont d'énormes risques d'être infectés par le virus du sida. À votre avis, sur quels genres de problèmes psychiatriques ou psychologiques devons-nous nous pencher en vue de trouver des solutions?

Dr. Beauséjour: Pour bien répondre à votre question, il nous faudrait consulter mes collègues spécialisés en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence qui ont examiné le problème et commencent à élaborer des stratégies à cet égard. C'est une question qui est et restera très cruciale et à laquelle il faut trouver une réponse adéquate. Quant aux répercussions auxquelles il faut s'attendre, il est difficile d'en envisager maintenant l'ampleur. Toutefois, ce n'est plus simplement un problème qui se dessine à l'horizon, mais un problème qui est bien présent. Nous devons élaborer les stratégies qui s'imposent pour y remédier comme il se doit. Je ne peux guère en dire plus pour répondre à votre question.

M. Pagtakhan: Si j'ai posé la question, c'est parce que lorsque nous examinons le financement du système des soins de santé, on ne peut pas oublier les enfants qui représentent notre avenir.

Ma deuxième question porte sur votre déclaration selon laquelle des services supplémentaires sont offerts aux patients qui, en réalité, n'en avaient pas besoin au départ. Vous avez cité quelques exemples. Quelle est l'importance de ce problème et qu'est-ce qui l'a provoqué au départ? S'agit-il d'une lacune du système? Pourquoi offrir des services supplémentaires inutiles qui entraînent des dépenses?

Dr. Beauséjour: Dans notre document, nous disons que, en l'absence de rapport satisfaisant entre les services sociaux et les services de santé, des services supplémentaires sont parfois offerts. Même si les patients y sont admissibles d'une certaine façon, cela ne veut pas dire qu'ils en ont absolument besoin mais ils les reçoivent parce qu'ils y ont droit. Et s'il n'existe pas de lien adéquat entre les services, ce genre de chose se produit.

Des psychiatres de tout le pays nous ont signalé que ce genre de chose se produit. Je ne pourrais pas vous dire quelle est l'ampleur du problème. S'il existait un lien quelconque entre les deux systèmes qui permette de rationaliser ces

[Text]

adapted to each patient rather than "one size fits all"—that if you qualify for something you automatically get it whether you want it or not—there could be cost reductions. Our message is there might be cost reductions if there is proper linkage between health and social services.

Mr. Pagtakhan: It is a very good message that the committee should hear. In fact, I am appalled at the lack of integration between the community, the university hospital centres, and some other group, maybe the consumers group.

My next question is regarding the lack of standardization of community health centres across the country, especially in terms of their effectiveness. Where do you see the federal government playing a role in terms of convening a conference, a minister's conference or a community-based conference, or funding for pilot projects? Where exactly do you see the role of the federal government?

Dr. Beauséjour: We know that in each province a lot of discussions are happening about community care. What we are saying to the provinces is that we wish to be partners in the discussion, as psychiatrists, and be part of what happens there. There are many problems that are common to all the provinces, so the federal government can be a very good facilitator in getting everybody together. An example I gave was the problem of psychiatric manpower in the north. Well, it is common to all the Canadian provinces. We suggested the formation of a national consortium on the issue, where the federal government can certainly be an important facilitator in getting all the players together from all the provinces and in helping to streamline a system that will address the issue.

Mr. Pagtakhan: My next question is on drug costs. Yesterday in Winnipeg, where I come from, there was a news item about the Manitoba Society of Seniors questioning the constitutionality of the patent drug law, that this law has allowed the increase of prices to an exorbitant degree.

• 1030

My question really relates to psychiatry. I thought I had read recently that one drug, clozapine, used for schizophrenia, costs about six full times more in Canada, and perhaps even in the States, than in Europe. Have you looked into this problem? Are you aware of this problem? If so, what steps should society take to lobby government along international lines so that this type of discrepancy in cost is not tolerated?

Dr. Beauséjour: In Canada at the present time I do not think we are into the same debate occurring in the U.S.A. concerning clozapine. To my knowledge, only a few psychiatrists in Canada are allowed to use the medication in academic centres. These psychiatrists must have the permission of the federal government in order to use it. There is a very tightly knit protocol in the use of the medication and the monitoring of the use of that medication.

[Translation]

ressources et de les adapter à chaque patient, au lieu d'appliquer le principe de l'uniformité—autrement dit, si l'on a droit à quelque chose on le reçoit automatiquement qu'on le veuille ou non—nous pourrions économiser. Ce que nous voulons dire, c'est qu'il est possible de limiter les dépenses en instaurant des rapports satisfaisants entre les services de santé et les services sociaux.

M. Pagtakhan: Voici un excellent message dont devrait tenir compte le comité. En fait, je suis sidéré par le manque d'intégration entre la collectivité, les centres hospitaliers universitaires et d'autres groupes, peut-être même celui des consommateurs.

Ma question suivante porte sur le manque de normalisation des centres de santé communautaires dans le pays, surtout au niveau de leur efficacité. Quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il jouer, selon vous, en convoquant une conférence, une conférence des ministres ou dans la collectivité, ou encore en finançant des projets pilotes? Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer selon vous?

Dr. Beauséjour: Nous savons que dans chaque province, on discute beaucoup des soins communautaires. Nous avons dit aux provinces que nous souhaitons participer à ces discussions, en notre qualité de psychiatres, et contribuer au processus. Un grand nombre de problèmes sont communs à toutes les provinces, de sorte que le gouvernement fédéral peut assurer une excellente coordination en réunissant toutes les parties en cause. J'ai cité l'exemple du problème des effectifs psychiatriques dans le Nord. Ce problème existe dans toutes les provinces canadiennes. Nous avons proposé de créer un consortium national chargé d'examiner la question, et le gouvernement fédéral pourra sans nul doute servir d'intermédiaire en réunissant tous les intervenants de toutes les provinces et en contribuant à mettre sur pied un système simplifié en vue de résoudre le problème.

M. Pagtakhan: Ma question suivante porte sur le coût des médicaments. Hier, à Winnipeg, d'où je viens, il a été question aux nouvelles de la *Society of Seniors* du Manitoba qui remet en question la constitutionnalité de la Loi sur les médicaments brevetés; selon ce groupe, le prix des médicaments a augmenté de façon exorbitante en raison de cette loi.

Ma question porte en réalité sur la psychiatrie. Je pense avoir lu dernièrement qu'un médicament, la clozapine, utilisée pour soigner les schizophrènes, coûte environ six fois plus cher au Canada, et peut-être même qu'aux États-Unis et qu'en Europe. Avez-vous examiné le problème? Êtes-vous au courant? Dans l'affirmative, quelles mesures la société devrait-elle prendre pour exercer des pressions auprès du gouvernement au niveau international de sorte qu'un tel écart de prix ne soit pas toléré?

Dr. Beauséjour: Je ne pense pas que la clozapine suscite actuellement le même débat au Canada qu'aux États-Unis. À ma connaissance, seuls quelques psychiatres canadiens sont autorisés à utiliser ce médicament dans des centres hospitaliers universitaires. Ces psychiatres doivent obtenir l'autorisation du gouvernement fédéral à cette fin. Il existe un protocole très détaillé concernant l'utilisation du médicament et sa surveillance. Il risque d'avoir des effets

[Texte]

It can have important side-effects. It is at times very life-threatening if you do not watch it very closely.

So the use of that medication implies a very rigid follow-up with these patients in terms of checking their physical health and the side-effects the medication can have on certain parts of their blood, such as their granulosa, their white blood cells. Its use is very restricted at the moment.

This medication has been found to be very useful with certain psychiatric patients who are very resistant to treatment with other kinds of neurolytic medication. In Canada, people using the drug are researching to see exactly if that is what is true or not and whether there is a place for that kind of medication. This is my understanding of where things are.

Mr. Pagtakhan: Mr. Chairman, my last question would again be on manpower. Insofar as the shortage of psychiatric manpower in the north is concerned, has your association looked into mechanisms that would allow the proper and speedy evaluation of foreign-obtained medical credentials? New immigrants and new citizens with these credentials, licensed in their mother countries or countries of birth—where if we go as visitors, should we need any type of medical services, we would be treated by them—all of a sudden transfer to Canada as new immigrants and citizens and find themselves unable to practise their professions. Have you looked into them as a possible source of manpower, particularly in the northern areas of Canada?

Dr. Beauséjour: Yes, it has been one of the mechanisms by which manpower in the northern areas has been looked at in the past. With the restricting of immigration laws and licensing in the provinces in Canada, the door to that has practically been closed. It is very difficult now to import psychiatrists in Canada from other countries at the present time.

Mr. Pagtakhan: Do you support this?

Dr. Beauséjour: No, we do not. There are good psychiatrists who may do a lot of service to patients in our community, who have comparable training to psychiatrists in Canada, and who would fit very well into our system at different levels.

I know there are discussions at the provincial levels. In Ontario it is happening with the legislation on access to trades and professions in Ontario. The Ontario Psychiatric Association has had some input here. We presented a brief to the ministry in that regard so that the imposed restrictions can be looked at again in terms of manpower needs. So there is something happening in discussions.

The Chairman: Doctor, from your comments, I am not aware of the situation in Winnipeg or the case you mentioned, but I think there is information available. I am not sure if it is through the ministry or the Drug Prices Review Board, but it was not my understanding, in looking at some of the information, that this was the case. There may be isolated cases where there has been, but generally speaking, I think across the board drug prices had not

[Traduction]

secondaires importants. Il peut à l'occasion entraîner la mort si on n'exerce pas une surveillance étroite.

L'utilisation de ce médicament exige donc un suivi très strict des patients auxquels il est administré, afin de contrôler leur santé physique et les effets secondaires que le médicament peut avoir sur certains de leurs éléments sanguins, comme leurs granulocytes, leurs globules blancs. Son emploi est très limité à l'heure actuelle.

On a constaté que ce médicament était très utile pour certains malades psychiatriques qui ne réagissent pas au traitement grâce à d'autres sortes de neuroleptiques. Au Canada, les personnes qui utilisent ce médicament font des recherches pour déterminer si c'est vraiment le cas et si un tel médicament serait utile. À ma connaissance, les choses en sont là.

M. Pagtakhan: Monsieur le président, ma première question porte également sur les effectifs. En ce qui a trait à la pénurie de personnel psychiatrique dans le Nord, votre association s'est-elle penchée sur les mécanismes susceptibles d'évaluer convenablement et rapidement les titres et diplômes de médecine obtenus à l'étranger? Les nouveaux immigrants et néo-Canadiens munis de ces diplômes, habilités dans leur pays d'origine ou de naissance—où ces personnes nous soigneraient si nous avions besoin de services médicaux lors d'une visite dans l'un de ces pays—arrivent tout à coup au Canada, en tant que nouveaux immigrants et citoyens, et sont incapables d'exercer leur profession. Avez-vous envisagé de recourir à eux pour accroître les effectifs, surtout dans les régions septentrionales du pays?

Dr Beauséjour: Oui, c'est l'un des moyens auxquels on a eu recours par le passé pour doter les services psychiatriques dans le Nord. Toutefois, cette porte est pratiquement fermée en raison de la restriction de la législation sur l'immigration et des accréditations dans les provinces canadiennes. Il est désormais très difficile de faire venir au Canada des psychiatres d'autres pays.

M. Pagtakhan: Cela vous convient-il?

Dr Beauséjour: Non, pas du tout. Il existe de bons psychiatres qui peuvent rendre de nombreux services à nos patients, qui ont suivi une formation comparable à celle des psychiatres canadiens et qui s'inséreraient très bien dans notre système à différents niveaux.

Je sais que des discussions sont en cours au niveau provincial. En Ontario, on discute de cette question dans le cadre de l'étude du projet de loi sur l'accès aux métiers et aux professions dans cette province. L'Association des psychiatres de l'Ontario a eu son mot à dire. Nous avons présenté un mémoire au ministère à cet égard, en demandant que les restrictions imposées fassent l'objet d'un nouvel examen compte tenu des besoins d'effectifs médicaux. La question fait donc l'objet de discussions.

Le président: Docteur, d'après vos commentaires, je ne suis pas au courant du problème à Winnipeg ni du cas que vous avez signalé, mais je pense qu'il y a de la documentation disponible. Je ne sais pas si c'est par l'entremise du ministère ou du Bureau d'examen du prix des médicaments brevetés, mais je ne savais pas que c'était le cas, après avoir consulté certains des documents disponibles. Il peut y avoir des cas isolés où le prix des médicaments en général n'a pas

[Text]

increased as a result of Bill C-22, the new patent bill. However, I understand that information is available.

• 1035

Mr. Cole: I would like to get us back a little bit onto the topic of health care, its costs, and what we are doing about it. In my discussions with some local GPs in my area, they have said to me that somewhere between 40% and 60% of the people they see as first-time visits they do not need to see, and you mention that you support a user-fee type of system. I would like to know what the position of the Canadian Psychiatric Association is with regard to that, and how they would propose something like that being implemented in this country.

Dr. Beauséjour: The Canadian Psychiatric Association has not looked at that and does not have a position at the present time. We can certainly look at it and report back, but we do not have one at the present time.

Mr. Cole: It seems to me that is a reasonable alternative to the other alternative you have suggested, which is not performing high-technology, costly medical procedures. I would ask you personally, and I hope on behalf of the committee, to present a response to those questions with regard to fees, fees for service, and how your association, which wants to have somebody else make the decision. . . I think it is time you give input, and I would like to have that input come to this committee. I would appreciate having it.

Dr. Beauséjour: We can certainly bring that forward to our association and respond.

Mrs. Clancy: The chairman and I are the only non-medical people on this committee, and I had better make my point very clear. I personally think user fees are totally heinous, and Dr. Cole pre-empted me by asking you whether it was a personal opinion or your association's opinion. I gather what you said earlier in response to Dr. Halliday's question was a personal opinion about user fees.

Dr. Beauséjour: I do not recall mentioning, myself—

Mrs. Clancy: Am I mistaken, Bruce?

Mr. Halliday: Talking about deductible fees, not user fees.

Mrs. Clancy: Deductible fees. Nonetheless, that was a personal opinion, not your association's opinion?

Dr. Beauséjour: I am lost as to exactly what I am supposed to have said.

Mrs. Clancy: Dr. Halliday talked about Sweden moving towards deductible fees and whether you thought that was a good idea, and you said yes.

[Translation]

augmenté en raison du projet de loi C-22, la nouvelle loi sur les médicaments brevetés. Toutefois, je crois savoir que ces renseignements sont disponibles.

M. Cole: Je voudrais revenir sur la question des soins de santé, de leur coût, et de ce que nous faisons dans ce domaine. Au cours de discussions avec certains médecins généralistes de ma région, j'ai appris que de 40 p. 100 à 60 p. 100 des patients qu'ils voient pour la première fois n'ont pas besoin de traitement, et vous dites que vous êtes en faveur d'un système de ticket modérateur. Je voudrais connaître la position de l'Association des psychiatres du Canada à ce sujet, et savoir comment elle envisagerait la mise en place d'un système semblable dans notre pays.

Dr Beauséjour: L'Association des psychiatres du Canada ne s'est pas penchée sur la question et n'a pas de position pour le moment. Nous pourrions sans nul doute y réfléchir et vous faire un rapport, mais pour le moment, nous n'avons pas d'opinion sur la question.

M. Cole: C'est à mon avis une solution de rechange acceptable à l'autre solution que vous avez proposée, à savoir ne pas exécuter d'actes médicaux onéreux faisant appel à la technologie de pointe. Je voudrais vous demander personnellement, au nom de mes collègues du Comité, du moins je l'espère, de fournir une réponse à ces questions concernant les honoraires, la rémunération à l'acte et comment votre association, qui souhaite que quelqu'un d'autre prenne la décision. . . et il est temps qu'elle intervienne dans le processus, et je voudrais connaître le fruit de ses réflexions. Je vous saurais gré de nous fournir ces renseignements.

Dr Beauséjour: Nous ne manquerons pas d'en saisir l'association et de vous fournir une réponse.

Mme Clancy: Le président et moi sommes les deux seuls membres non médecins du comité, et il vaut mieux que je sois très clair. Pour ma part, je considère les tickets modérateurs comme un système tout à fait odieux, et monsieur Cole m'a coupé l'herbe sous le pied en vous demandant s'il s'agissait d'un avis personnel ou de celui de votre association. D'après la réponse que vous avez fournie plus tôt à M. Halliday, je suppose qu'il s'agissait de votre opinion personnelle au sujet des tickets modérateurs.

Dr Beauséjour: Je ne me souviens pas d'avoir signalé, moi-même. . .

Mme Clancy: Est-ce que je me trompe, Bruce?

M. Halliday: Nous parlions des frais déductibles, et non des tickets modérateurs. . .

Mme Clancy: Des frais déductibles. Néanmoins, l'opinion que vous nous avez fournie était la vôtre et non celle de votre association?

Dr Beauséjour: Je ne me souviens pas exactement de ce que j'ai dit.

Mme Clancy: M. Halliday a parlé de la Suède qui est sur le point d'adopter le système des frais déductibles et vous a demandé si, à votre avis, c'était une bonne idée, ce à quoi vous avez répondu par l'affirmative.

[Texte]

Dr. Beauséjour: That certainly represented my own—

Mrs. Clancy: That is your opinion. It is not the opinion of the Canadian Psychiatric Association. Fine.

Mr. Halliday: Can we get the opinion of the association?

Mrs. Clancy: No, no, that is fine. Use your time; this is my time. I may not be interested in the opinion of the Canadian Psychiatric Association. But I am, actually, and I am interested particularly in light of what we were discussing earlier with regard to service to the elderly.

By the way, I might tell you that there are three provinces that do not have a northern problem. The maritime provinces do not have a north, so our problems. . . We do have a north, but it is not north in the Canadian sense.

An hon. member: Labrador exists.

Mrs. Clancy: That is not in the Maritimes; that is in Newfoundland. New Brunswick, Nova Scotia and Prince Edward Island are three separate provinces and do not have a northern geographic problem in the sense that you were discussing. Those of us in the Maritimes just feel the rest of you in Central Canada have to be reminded of these things.

At any rate, I have dealt over the past 10 years in various capacities with the elderly. A perfect example is the Guaranteed Income Supplement in Nova Scotia, which must be applied for by the elderly, over and above the Old Age Pension, over and above whatever else. We have seen in Nova Scotia a tremendous resistance on the part of the elderly, who are living in extreme want, to apply for that supplement. In spite of sensitivity on the part of governments and using the various professions to bring it to their attention, they still will not do it.

It becomes a question of pride. Dr. Rivard referred earlier to a lifetime of looking at certain things as a disgrace; consequently, they will not do it, even with deductible fees. When you talk about preventive medicine and reaching the elderly and attempting to solve the problems we were talking about earlier, do you not think that because of the cost and because of the economic level of the majority of elderly, most of whom are women, it could be yet another deterrent to these people seeking proper care?

• 1040

Dr. Beauséjour: If I am getting back into the context of the whole thing that we are talking about, we said in our brief that we favour looking at innovative and creative ways of dealing with these issues, and we said "such as". It did not mean we were for them or against them. It meant we were giving examples.

[Traduction]

Dr. Beauséjour: Cela représentait bien évidemment ma propre. . .

Mme Clancy: C'est donc votre opinion. Ce n'est pas celle de l'Association des psychiatres du Canada. C'est très bien.

M. Halliday: Et quelle est l'opinion de l'association?

Mme Clancy: Non, non, c'est très bien. Utilisez votre temps de parole, mais pas le mien. Il est possible que l'opinion de l'Association des psychiatres du Canada ne m'intéresse pas. En fait, elle m'intéresse, d'autant plus dans le contexte de la discussion que nous avons eue plus tôt au sujet des services à l'intention des personnes âgées.

D'ailleurs, je peux vous dire qu'il y a trois provinces qui ne connaissent pas le problème du Nord. Les Maritimes n'ont pas de région septentrionale, de sorte que nos problèmes. . . Il y a bien sûr une région septentrionale dans nos provinces, mais cela ne correspond pas au nord au sens canadien.

Une voix: Le Labrador existe pourtant.

Mme Clancy: Il ne se trouve pas dans les Maritimes, mais à Terre-Neuve. Le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'île-du-Prince-Édouard sont trois provinces distinctes où ne se pose pas le problème géographique du nord au sens où nous en parlions plus tôt. Les habitants des Maritimes pensent simplement qu'il convient de rappeler ce genre de choses aux autres Canadiens du centre du pays.

Quoi qu'il en soit, au cours des dix dernières années, je me suis penché à divers titres sur le problème des personnes âgées. Un exemple parfait est celui du supplément de revenu garanti en Nouvelle-Écosse, pour lequel les personnes âgées doivent présenter une demande, en plus de la pension de vieillesse, et de toutes les autres prestations. En Nouvelle-Écosse, les personnes âgées qui vivent dans le plus grand dénuement sont réticentes à demander ce supplément de revenu. En dépit de la délicatesse dont ont fait preuve les gouvernements et de l'intervention des membres des diverses professions pour le leur signaler, les personnes âgées refusent toujours de faire une demande.

Cela devient une question de fierté. M^{me} Rivard a dit plus tôt que certaines personnes ont considéré pendant toute leur vie certaines choses comme une honte; en conséquence, elles refusent de le faire, même avec les frais déductibles. Lorsqu'on parle de médecine préventive et d'atteindre les personnes âgées en vue d'essayer de résoudre les problèmes dont nous parlions plus tôt, ne pensez-vous pas que, compte tenu du coût et de la situation économique de la majorité des personnes du troisième âge, pour la plupart des femmes, cela risque d'être un autre facteur qui les dissuade de se faire soigner convenablement?

Dr. Beauséjour: Si l'on en revient au contexte général de toute notre discussion, nous avons déclaré dans notre mémoire que nous préconisons la recherche de méthodes novatrices et créatrices en vue de résoudre ces problèmes, et nous avons cité certains exemples. Nous n'avons toutefois pas précisé notre position à ce sujet, nous nous sommes contentés de citer des exemples.

[Text]

If the need be, as an association we are willing to look at the pros and cons of privatizing and all these different issues, and to give an opinion on an appropriate way to deal with that, but it is in the context of suggesting we be innovative and look at different models, different ways, different things. That is the message we wanted to give, without fostering any mode over another.

Mrs. Clancy: I am really not trying to pick on you, Dr. Beauséjour, and by the way, in my party we like your name very much.

At any rate, given that you said you would be in favour of that, and given that it seems to be one of the major stumbling blocks that add to the problem of care, particularly for the elderly and particularly in this area, which is perhaps more fraught with stumbling blocks towards care than others. . .

If an elderly woman has a pain in her stomach, she will go to the doctor. If she is feeling a general malaise and does not understand why, she may not, particularly with the publicity about Alzheimer's. Every time she forgets something she thinks it is Alzheimer's, and so on. If you add another economic stumbling block, it is going to make the communication and either the preventive or curative aspect of medicine more difficult. Would you agree?

Dr. Beauséjour: Yes, I think it is a very valid argument.

Dr. Rivard: Let me add that people should look at who decides that 40% to 60% of the visits to the primary care physician are unnecessary, and at how these unnecessary visits are distributed, and among which subgroups.

To give one example, how physicians may feel an elderly person has come to their office with an unnecessary request is well illustrated in depression, where people may start by feeling generally unwell and where the physician, despite his best effort, if he runs a series of tests, may find a whole lot of lab tests that are normal. Perhaps not being fully aware of the prevalence of depression in old age and not being fully aware that the presentation is very different and very often through vague physical complaints rather than depressive mood—which we all expect should accompany depression, but which many times does not in old age—the physician then decides the visit was unnecessary. I submit to you that if that person had been properly recognized for the disorder he or she had presented, and treated adequately and recognized early, it would save the health care system a whole lot of money.

So you need to study. I am not ready to buy, personally, that the visits are unnecessary unless there is an actual study of who decides it was unnecessary, and of what age group actually over-uses the system.

[Translation]

Au besoin, notre association est prête à examiner le pour et le contre de la privatisation et toutes les questions connexes, et de donner son avis sur un moyen opportun de résoudre le problème, mais uniquement pour prouver que nous faisons preuve d'innovation et que nous sommes prêts à examiner divers modèles, différentes méthodes, toutes sortes de choses. Voilà le message que nous voulions faire passer, sans préconiser une méthode plutôt qu'une autre.

Mme Clancy: Je ne cherche pas à m'attaquer à vous, docteur Beauséjour, et d'ailleurs, nous aimons beaucoup votre nom au sein de mon parti.

Quoi qu'il en soit, puisque vous avez dit que vous étiez favorable à cette idée, et puisque c'est apparemment l'un des principaux obstacles qui aggravent le problème des soins, surtout pour des personnes âgées et dans ce secteur, où il y a peut-être plus de pierres d'achoppement en matière de soins que dans d'autres. . .

Si une femme âgée a mal à l'estomac, elle ira chez le médecin. Si elle éprouve un malaise général et ne sait pas pourquoi, elle n'ira peut-être pas, surtout avec toute la publicité qui entoure la maladie d'Alzheimer. Chaque fois qu'elle oublie quelque chose, elle pense être atteinte de cette maladie, etc. Si l'on crée un autre obstacle économique, cela va rendre encore plus difficile la communication et l'aspect prévention ou traitement de la médecine. Êtes-vous de mon avis?

Dr. Beauséjour: Oui, je pense que c'est un argument très valable.

Dre Rivard: J'ajoute que les gens devraient examiner la question pour savoir qui décide que de 40 à 60 p. 100 des premières visites aux médecins de famille sont inutiles, et comment ces visites inutiles sont réparties, et au sein de quels sous-groupes.

Pour vous citer un exemple, la dépression est une parfaite illustration des cas où les médecins peuvent estimer qu'une personne âgée est venue consulter sans raison; en effet, dans ces cas là, les patients éprouvent un sentiment de malaise général et le médecin, malgré tous ses efforts, après avoir effectué une série d'analyses, constate que tous les résultats sont normaux. S'il n'est pas parfaitement au courant de la fréquence des cas de dépression chez les personnes du troisième âge et ne connaissant pas parfaitement tous les symptômes qui se manifestent souvent par de vagues plaintes de maux physiques plutôt que par une humeur dépressive—ce qui, pour chacun d'entre nous, devrait aller de pair avec la dépression, mais ce qui n'est souvent pas le cas chez les personnes âgées—le médecin décide que la visite était inutile. A mon avis, si le médecin avait été en mesure de faire un bon diagnostic et si le patient avait reçu rapidement un bon traitement, nous aurions pu économiser beaucoup d'argent au système des soins de santé.

Des études s'imposent donc. Pour ma part, je refuse d'admettre que les visites sont inutiles tant que l'on aura pas effectué qui en décide ainsi, et quel groupe d'âge abuse effectivement du système.

[Texte]

Mrs. Clancy: I would like to add that if you saw the people who were going to the doctor unnecessarily, I suspect you would find a preponderance of females of whatever age group. I do not know why I suspect that. Maybe it is my suspicious nature.

Dr. Beauséjour: We are told by general practitioners that 40% to 60% of their practice has to do with patients who present psychiatric symptoms. We know very well that psychiatrists end up seeing about one out of six patients who present psychiatric problems. So the other five are seen by somebody else in the system. It is very important that the somebody else in the system be able to recognize what they are dealing with and make the appropriate approach.

• 1045

Mr. Halliday: I would like to pick up on a couple of comments made by my colleagues opposite.

Mrs. Clancy talks about the obstruction there would be to people, say, on GIS getting medical care, and of course it is assumed that the deductible would never ever apply to a person on GIS. That is taken for granted.

Mrs. Clancy: Can I break in for one second and tell you where the problem arises? I know how you mean that. Part of the difficulty is that because it applies to some and not to others, it creates a stumbling block. That is why they will not apply for GIS, because as one woman said to me, your mother is a retired school teacher and she gets a pension; she does not need it. This woman cannot apply for that, even though she needs it. That is the problem.

Mr. Halliday: That is a problem we have to address.

Dr. Pagtakhan brings up a subject I want to raise too regarding immigrant physicians. Only yesterday Dr. Wilbee brought to my attention an article in *The Medical Post* discussing the problems of immigrant physicians, whether by refugee status or as landed immigrants, the large numbers who do come or want to come and cannot get opportunities to practise here. Have you any idea what proportion of those are psychiatrists?

Dr. Beauséjour: No, I do not, but I know there is a large number of these people around. I cannot give you the exact figures.

Mr. Halliday: Would those figures be available through your association? Where might we get those figures?

Dr. Beauséjour: I do not know where you could get those figures, because to be trained in psychiatry these people would have to apply to 1 of the 16 training programs in Canada. The laws governing the admission to the programs would prevent certain people from even being considered, because they did not do a Canadian internship in the province they are applying to and all kinds of rules like this. I am not able to tell you how many have been turned down because of that.

[Traduction]

Mme Clancy: J'ajoute que si l'on vérifiait les personnes qui consultent inutilement leur médecin, je suppose on constaterait un prépondérance de femmes de tous âges. Rien ne justifie vraiment cette supposition, mais c'est sans doute ma méfiance naturelle.

Dr Beauséjour: Les médecins généralistes nous disent qu'entre 40 et 60 p. 100 de leurs activités sont en rapport avec des patients qui présentent des symptômes psychiatriques. Nous savons pertinemment que, tout compte fait, de six patients qui ont des problèmes psychiatriques, les psychiatres ne peuvent en rencontrer qu'un. Les cinq autres patients rencontrent un autre intervenant du système. Il importe que cet intervenant soit en mesure de reconnaître les problèmes auxquels il est confronté et de trouver les solutions appropriées.

M. Halliday: J'aimerais revenir sur quelques commentaires de mes collègues de l'opposition.

M^{me} Clancy dit que les personnes qui reçoivent le supplément de revenu garanti éprouveraient des problèmes lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux. On suppose évidemment que le ticket modérateur ne s'appliquerait jamais à une personne qui reçoit le supplément de revenu garanti. C'est évident.

Mme Clancy: Puis-je vous interrompre pour vous expliquer le problème? Je sais ce que vous voulez dire. Ce système vaut pour certains mais pas pour d'autres, et cela crée des problèmes. C'est pourquoi nous ne demanderons pas le supplément de revenu garanti, parce que, comme une femme me l'a expliqué, votre mère est un professeur à la retraite et elle reçoit une pension; elle n'en a pas besoin. Cette personne ne peut demander le supplément de revenu garanti, même si elle en a besoin. C'est là le problème.

M. Halliday: C'est un problème que nous nous devons d'étudier.

M. Pagtakhan a parlé des médecins immigrants. J'aimerais revenir à cette question. Hier, M. Wilbee m'a donné un article dans *The Medical Post* dans lequel on discutait le problème des médecins immigrants, qu'il s'agisse de réfugiés ou d'immigrants reçus; on parlait du grand nombre de médecins qui viennent au pays ou qui veulent venir au pays et qui n'ont pas de chance d'établir une pratique. Savez-vous quel pourcentage de ces médecins sont psychiatres?

Dr Beauséjour: Je ne sais pas, mais je sais qu'ils sont assez nombreux. Je ne peux pas vous donner de chiffres précis.

M. Halliday: Votre association pourrait-elle se procurer ces chiffres? Où pourrait-on se les procurer?

Dr Beauséjour: Je ne le sais pas. Pour avoir une formation en psychiatrie, ces personnes devraient participer à l'un des 16 programmes de formation qui existent au Canada. Les règlements régissant l'admission aux programmes empêcheraient certaines personnes d'être admises, parce qu'elles n'ont pas été internes au Canada dans la province où elles présentent une demande. Il y a toutes sortes de règlements du genre. Je ne saurais vous dire combien de demandes ont été refusées pour ces raisons.

[Text]

Mr. Halliday: I have a corollary to that. You have told us about the manpower shortage in the psychiatric area, and most governments across the country and many politicians are telling us that we have a surplus of physicians. I think you are probably right that we do not have a surplus in psychiatry.

What is the situation now regarding opportunities for residency training in the various provinces? Are there adequate residency posts available for those who want to make use of them? If not, why not? Is that part of the problem with our northern situation, in the provinces that do have a north? There are not enough residence positions available to supply the demand for people outside to practise in the northern areas.

Dr. Beauséjour: There have been cuts in residency training positions across the country.

Mr. Halliday: In psychiatry as well?

Dr. Beauséjour: These cuts have affected psychiatry. This has had an impact on the number of psychiatrists you can produce at the end of the year. When the message gets around to medical students that there is going to be a cut in positions because there are too many psychiatrists, that helps them move to careers in other areas that are more in demand or are targeted to be more in demand. Therefore, you have an effect on the system, which a few years down the road has an impact on how many psychiatrists you have to deal with.

Mr. Halliday: You would support a recommendation that we should have more residency training posts in psychiatry.

Dr. Beauséjour: Certainly, yes.

Mr. Halliday: We have a research staff, as you know, and they give us a lot of help in researching the matters we are discussing. They have come up with an interesting question for you today, and maybe I can put it to you. It goes like this. What are the basic reasons for the lack of flexibility and creativity in Canada's health care system, and how could this situation be remedied?

• 1050

Dr. Beauséjour: In my work—and I work with community agencies because of my work in rehabilitation—there are always three stumbling blocks that prevent the system from being flexible. I call them stigma, dogma and turf.

Mr. Halliday: Could you elaborate a little, please?

Dr. Beauséjour: There is a stigma to psychiatric diseases. We all know that. The stigma exists all over the place, not only in the public but also within our own profession sometimes, and that prevents flexibility and creativity. We know, for example, that research funding in psychiatry is well below research funding in other areas of medicine. The health dollars being spent for research in schizophrenia, for example, are away below other illnesses such as cardiac

[Translation]

M. Halliday: Justement, à ce sujet: vous nous avez dit qu'il y avait une pénurie de main-d'oeuvre dans le domaine de la psychiatrie; la majorité des gouvernements du pays et nombre de politiciens nous disent qu'il y a un excédent de médecins. Je crois cependant que vous avez probablement raison de dire qu'il n'existe aucun excédent dans le monde de la psychiatrie.

Quelles sont les perspectives de formation en résidence dans les provinces? Y a-t-il suffisamment de postes en résidence pour ceux qui veulent y avoir accès? Sinon, comment cette situation s'explique-t-elle? Est-ce que ça fait partie du problème qu'on éprouve dans les zones septentrionales de certaines provinces? Il n'y a pas suffisamment de postes en résidence pour répondre à la demande dans les régions septentrionales.

Dr. Beauséjour: Des réductions ont été apportées dans le pays tout entier au niveau des postes disponibles pour la formation en résidence.

M. Halliday: Des coupures ont-elles également été apportées dans le secteur de la psychiatrie?

Dr. Beauséjour: Ces réductions ont également touché le secteur de la psychiatrie. Cela a eu une incidence sur le nombre de psychiatres qui sont diplômés à la fin de l'année. Lorsque les étudiants en médecine apprennent qu'il y aura des réductions dans certains postes parce qu'il y a trop de psychiatres, ça les encourage à aller dans d'autres domaines où la demande est, ou paraît, plus forte. Ainsi, cela a une incidence sur le système. Dans quelques années, cela détermine combien de psychiatres il y a au pays.

M. Halliday: Proposez-vous que l'on recommande qu'il y ait plus de postes de formation en résidence dans le domaine psychiatrique?

Dr. Beauséjour: Tout à fait.

M. Halliday: Comme vous le savez, nous avons un personnel de recherche, qui nous aide à étudier en détail les questions dont nous discutons. Il vous a préparé une question fort intéressante aujourd'hui. Je vais vous la poser. La voici. Quelles sont les causes à la base du manque de flexibilité et de créativité du régime de soins de santé canadien? Comment pourrait-on remédier à ceci?

Dr. Beauséjour: Dans mon travail, et je travaille avec des agences communautaires parce que je m'occupe de réadaptation, il y a toujours trois obstacles qui ôtent toute souplesse au système. Ces obstacles, je les appelle le stigmate, le dogme et le territoire privé.

M. Halliday: Vous pourriez préciser un peu?

Dr. Beauséjour: Les maladies psychiatriques sont accompagnées d'un stigmate, nous le savons tous. Ce stigmate est présent partout, pas seulement dans le public mais aussi même au sein de notre propre profession, et cela nuit à toute souplesse et à toute créativité. Nous savons par exemple que les crédits à la recherche psychiatrique sont nettement inférieurs à ceux qui sont accordés à d'autres domaines médicaux. Les crédits à la recherche sur la

[Texte]

disease. So something needs to be addressed there; it is a stumbling block.

Dogma is when one takes a doctrine that becomes a religion and lives only by that, without being open to other avenues, other models. We are all sinners in that regard because we can all do it very easily.

The third issue is the issue of turf, and I think territories make the system very inflexible. They prevent programs from crossing boundaries. They prevent community people from working with hospital people. We still talk nowadays about hospital-based versus community-based. That should not exist. The hospital is within the community; it should work within the framework of the community, with the community programs. There should be an open door between all of these programs.

I dream of the day when we have a hospital without walls, one that is not confined to a set of bricks beside a parking lot but one that works within a community, where people who need to be in a secure environment can have that, and people who need long-term treatment in an institution can have that, but people who can function within the community can interact with treating teams that work within both the hospital and the community. That would make the system very flexible. So the turf issue is all over the place, and it creates a lot of inflexibility. That is how I can quickly answer that.

Dr. Rivard: Some of the funding mechanisms also encourage turf issues. For example, in certain provinces you have to apply to different streams of funding for health care resources and social resources. Again, in the care of the elderly, you need all the resources. If you are going to look at what the patient actually needs, they are going to need a variety of resources, and you need to help them access those resources. That crosses boundaries.

Dr. Beauséjour: Typically in our hospitals you have an in-patient program, an out-patient program, a day hospital program, a community program, and the funding is vertical so you cannot provide the continuity that is necessary, and that makes a system very inflexible.

Mr. Halliday: That is one of the remedies that should be looked at, then, because the second part of the question was how the situation could be remedied. Vertical funding is one of the problems.

Dr. Beauséjour: If you change the pattern of funding and the reasons for it, then you can change the way the system operates.

[Traduction]

schizophrénie par exemple sont toujours très inférieurs à ceux qui sont accordés pour les maladies cardiaques par exemple. Il y a donc quelques choses à faire de ce côté-là, pour supprimer cet obstacle.

Avoir un dogme, c'est adopter une doctrine qui devient une véritable religion et dont on se nourrit entièrement en étant totalement fermé à toute autre formule, tout autre modèle. Nous sommes tous des pécheurs à cet égard car nous tombons très facilement dans cette erreur.

Le troisième problème, c'est celui du cloisonnement, car je crois que celui-ci ôte toute souplesse au système. Il empêche les programmes de franchir des frontières. Il empêche les gens de la collectivité de travailler avec le personnel hospitalier. Nous continuons encore aujourd'hui à opposer travail hospitalier et travail communautaire. Cette distinction ne devrait plus exister. L'hôpital fait partie de la collectivité; il devrait fonctionner au sein de la collectivité, avec les programmes de la collectivité. Il devrait y avoir une communication ouverte entre tous ces programmes.

Je rêve du jour où nous aurons des hôpitaux sans murs, des hôpitaux qui ne seront plus simplement une masse de briques derrière un terrain de stationnement, mais qui au contraire fonctionneront au sein d'une collectivité, où les gens qui ont besoin de se sentir en sécurité pourront se sentir en sécurité, où les gens qui ont besoin de traitement à long terme dans une institution pourront obtenir ce traitement, là où les gens capables de fonctionner dans la collectivité pourront être traités par des équipes qui travailleront à la fois en milieu hospitalier et en communauté. Cela rendrait le système beaucoup plus souple. Le problème du cloisonnement se pose partout et entraîne une rigidité énorme. Voilà ce que je pouvais dire en quelques mots.

Dre Rivard: Certaines formes de financement encouragent aussi le cloisonnement. Par exemple, dans certaines provinces, il faut s'adresser à des sources différentes pour les soins de santé et les ressources sociales. Alors, encore une fois, dans le cas des personnes âgées, on a besoin de toutes ces ressources. Les besoins des personnes âgées touchent à toutes sortes de domaines, et il faut les aider à profiter de ces ressources en franchissant diverses frontières.

Dr Beauséjour: Nos hôpitaux sont classiquement cloisonnés avec un programme de consultation interne, un programme de consultation externe, un programme d'hospitalisation de jour, un programme communautaire et le financement est vertical, ce qui ne nous permet pas d'assurer la continuité nécessaire et qui rend le système excessivement rigide.

M. Halliday: C'est donc une des solutions à envisager, puisque la deuxième partie de la question portait justement sur les solutions possibles. Le problème vient en partie du financement vertical.

Dr Beauséjour: Si l'on modifie les formes de financement et leur justification, on peut modifier le fonctionnement du système.

[Text]

Mr. Halliday: If you have any further ideas, you might write a note to the chairman or the clerk. We are looking for solutions to these problems. You have given us three interesting causes, and now we have to find the solutions. If you want to elaborate, we would like to hear from you. Thank you.

Mr. Cole: Can I follow up and maybe ask the clerk to give the representatives of the Canadian Psychiatric Association the questions our research staff have prepared. Then they would have the questions and maybe could answer them directly. I am sure they would appreciate that, and certainly I think it would help us.

Dr. Beauséjour: I will be pleased to continue to work with the committee in that regard.

Mr. Wilbee: Your recommendation number 2—and this partly follows what Dr. Halliday was talking about—says:

the government encourage and support increased education and training of psychiatrists and other mental health professionals in the area of geriatric mental health.

We recognize that the majority of health problems in seniors—a lot of them are combined mental and physical—are due to social factors such as poverty, loneliness, and physical disability. So who is going to be the key player in this thing? It takes a long time to train a psychiatrist compared to, say, a social worker, a public health nurse or something. What is the specific role of the psychiatrist in the health care of the senior? To me there are other areas that occupy a much greater function. The psychiatrist is not going to discuss nutrition with a poor lady sitting in inadequate housing. That is inadequate.

• 1055

Dr. Beauséjour: Yes, psychiatrists are very important players in the system and they have to be there and not left out of it. At the same time, psychiatrists cannot do it all alone. They cannot work in a vacuum. They need the help of the other mental health professions in the team to be able to provide adequate care for the patients. The nutritionist is important, and so are the psychiatric nurse, the social worker, the psychologist, the recreologist, the occupational therapist. It does not mean you use all these people with all the patients, but you can use what you need from the members of the team to be able to render to patients the services they require.

Mr. Wilbee: My concern is that I do not see too many communities that have this type of approach to our elderly. Are there programs in the country that do?

Dr. Beauséjour: The answer does not lie only in solving psychiatrists' manpower problems. You have to look at the other disciplines, too, and what the human resource needs are in these areas to complement the work.

[Translation]

M. Halliday: Si vous avez d'autres idées, vous pouvez faire passer une note au président ou au greffier. Nous sommes à la recherche de solutions à ces problèmes. Vous nous avez exposé trois causes intéressantes, et il faut maintenant trouver des solutions. Si vous voulez approfondir, nous serions heureux de vous entendre. Merci.

M. Cole: Si vous me permettez d'enchaîner, j'aimerais demander au greffier de remettre aux représentants de l'Association des psychiatres du Canada les questions préparées par notre personnel de recherche. De cette façon, ils pourraient y répondre directement. Je suis sûr qu'ils en seraient heureux, et cela nous serait très utile.

Dr Beauséjour: Je continuerais très volontiers à travailler avec le comité sur ce point.

M. Wilbee: Votre recommandation numéro deux, et ceci fait suite dans une certaine mesure à ce que disait le D^r Halliday, et formulée en ces termes:

l'ATC recommande au gouvernement d'encourager les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale à obtenir une meilleure formation dans le domaine de la psychogériatrie.

Nous savons bien que la majorité des problèmes de santé chez les personnes âgées, problèmes qui sont souvent à la fois mentaux et physiques, sont liés à des facteurs sociaux tels que la pauvreté, la solitude et les handicaps physiques. Qui donc va jouer le rôle principal? Il faut beaucoup de temps pour former un psychiatre, comparativement à un travailleur social ou une infirmière-hygiéniste, par exemple. Quel est le rôle précis du psychiatre dans les soins de santé dispensés à une personne âgée? J'estime qu'il y a d'autres professions qui jouent un rôle beaucoup plus important. Le psychiatre ne discutera pas de nutrition avec une pauvre femme dans son logement insalubre. Ce n'est pas son rôle.

Dr Beauséjour: Oui, les psychiatres jouent un rôle très important dans le régime de soins de santé et ils doivent être là, on ne doit pas les laisser de côté. Par contre, les psychiatres ne peuvent pas agir en vase clos. Ils ont besoin de l'aide d'autres professionnels de la santé mentale avec qui ils doivent travailler en équipe afin de dispenser des soins appropriés aux patients. Le nutritionniste est important, de même que l'infirmière psychiatrique, le travailleur social, le psychologue, le récréologue et l'ergothérapeute. Il n'est pas nécessaire d'utiliser toutes ces personnes avec tous les patients, mais on a recours aux membres de l'équipe qui peuvent contribuer à donner aux patients les services dont ils ont besoin.

M. Wilbee: Je m'inquiète de voir que trop peu de collectivités abordent ainsi la question des services aux personnes âgées. Existe-t-il des programmes de ce genre au pays?

Dr Beauséjour: On ne réglera pas tout en éliminant les problèmes de personnel psychiatrique. Il faut également tenir compte des autres disciplines et de toutes les ressources humaines nécessaires dans ces régions pour faire le travail requis.

[Texte]

Dr. Rivard: I would like to add that I challenge people to find any other area where true interdisciplinary and multi-scenario work is done better than in geriatric medicine and in geriatric psychiatry. We have long recognized the need to work as a team in the health care delivery system to meet the needs of our patients. But when you tried to recruit someone to work on your team, such as a nurse or an occupational therapist, there was a time many years ago when you could not find anybody who had special training. Now there is progress made in the different universities, different schools. There are added qualifications, added rotations, added teaching on the very specific issues the elderly face. That goes from physiotherapy to occupational therapy to nursing issues.

There is progress being made, but I think the association is saying that further progress needs to be made in the area of education, and not only in education. The family physicians are key players as well. I am saying in the areas of other health professions.

The Chairman: On behalf of the committee, Dr. Beauséjour and Dr. Rivard, I extend to you our sincere thanks. I think it is pretty obvious from the interest and the questions and the dialogue we had that this committee is very much interested in the work you are doing. There have been some requests for follow-up information, and as we get into the report we may ask for additional information as things come forward.

For committee members, there is no meeting scheduled for Tuesday, but on Thursday of next week the Canadian Chiropractic Association will be here in this room.

Thank you very much for your attendance. The meeting is adjourned.

[Traduction]

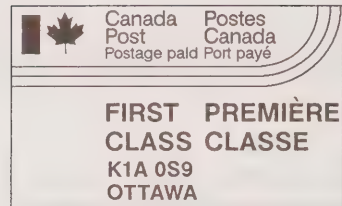
Dre Rivard: Je tiens à ajouter que je mets au défi quiconque de trouver un autre domaine où le travail en équipe multidisciplinaire fonctionne mieux qu'en gériatrie et en psychogériatrie. Il y a longtemps que nous avons reconnu la nécessité de travailler en équipe pour assurer des soins de santé qui répondent aux besoins de nos patients. Il y a plusieurs années, lorsqu'on essayait de recruter des personnes pour travailler au sein de notre équipe, que ce soit une infirmière ou une ergothérapeute, on ne pouvait trouver quelqu'un qui avait une formation spécialisée. On a maintenant fait des progrès et des cours se donnent dans les diverses écoles et universités. On ajoute des cours spécialisés, ainsi que des stages supplémentaires, c'est-à-dire qu'on offre un enseignement plus avancé sur des problèmes très spécifiques aux personnes âgées. Ce genre de cours est offert tant aux physiothérapeutes qu'aux ergothérapeutes et aux infirmières.

On fait donc des progrès, mais l'Association soutient qu'il y a encore des progrès à faire dans le domaine de l'éducation, mais pas exclusivement dans ce domaine. Les médecins généralistes jouent également un rôle clé. Je parle donc des autres professionnels de la santé également.

Le président: Je vous remercie sincèrement au nom des membres du Comité, Dr Beauséjour et Dr Rivard. Je pense que les questions posées par les membres du Comité et le dialogue que nous avons tenu démontrent manifestement notre grand intérêt pour le travail que vous faites. Nous vous avons demandé des renseignements supplémentaires et, lorsque nous travaillerons à la rédaction du rapport, nous vous en demanderons peut-être davantage.

Je signale aux membres du comité qu'aucune réunion n'est prévue mardi mais, jeudi prochain, nous recevrons les représentants de l'Association Chiropratique canadienne dans cette même salle.

Je vous remercie beaucoup de votre participation. La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Canadian Psychiatric Association:

Dr. Pierre Beauséjour, Secretary;

Dr. Marie-France Rivard, Consultant on Geriatric Psychiatric
Issues, Royal Ottawa Hospital.

TÉMOINS

De l'Association des psychiatres du Canada:

Pierre Beauséjour, secrétaire;

Marie-France Rivard, conseillère en psychiatrie pour les per-
sonnes âgées, Hôpital Royal d'Ottawa.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 40

Thursday, October 18, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 40

Le jeudi 18 octobre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, OCTOBER 18, 1990
(49)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:42 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White, Stanley Wilbee.

Acting Member present: Rey Pagtakhan for Paul Martin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Chiropractic Association: Dr. John Cochrane, President; Dr. Greg Dunn, Second Vice-President.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Cochrane and Dr. Dunn each made a statement and answered questions.

At 11:17 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 18 OCTOBRE 1990
(49)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 42, dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Robert Porter, Brian White, Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Rey Pagtakhan remplace Paul Martin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De l'Association chiropratique canadienne: John Cochrane, président; Greg Dunn, deuxième vice-président.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

John Cochrane et Greg Dunn font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 11 h 17, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, October 18, 1990

• 0942

The Chairman: Order.

We have a quorum, and pursuant to Standing Order 108.(2) the committee is continuing consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we are pleased to welcome, from the Canadian Chiropractic Association, Dr. John Cochrane, President, and Dr. Greg Dunn, Second Vice-President.

Doctors, we are very pleased that you were able to take the time to spend with the committee this morning. You are no doubt aware that this committee has been conducting a study since February of this year and is continuing to hear witnesses relative to the study and the terms of reference we are guided by. So we look forward to your presentation, and following it we will go into a round of questions and discussion with members of the committee.

Dr. John Cochrane (President, Canadian Chiropractic Association): Thank you. Mr. Chairman, I would like to thank you and your committee for allowing us the opportunity to appear before you today. As you have introduced, I am Dr. John Cochrane, from Kitchener, Ontario. That is where I practise. I live in Waterloo. Dr. Greg Dunn is from Neepawa, Manitoba, and he is the Vice-President of the Canadian Chiropractic Association, while I am currently serving as its President.

Both of us are practising chiropractors who have taken time away from our businesses to represent the views and beliefs of our profession. Although chiropractors have certainly presented to this committee and others in the past, we have found that members of the chiropractic community have rarely been granted the opportunity to provide meaningful input into the overall planning process of the health care system in Canada. We feel that our lack of participation has created a severe weakness in this process. Today one of the major thoughts we would like to leave with you is that the chiropractors right across this great country of ours are not only willing but also able to make a significant contribution to the future of the health care system in Canada.

Chiropractic is the largest drugless practitioner-based profession in Canada. After medical doctors and dentists, it is the third-largest primary contact profession in this country. As a matter of fact, there are over 3,000 chiropractors from coast to coast.

Legislation enables the chiropractic profession to regulate itself in all provinces of Canada, except for Newfoundland, which is currently reviewing a chiropractic act in the committee stage.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 18 octobre 1990

Le président: À l'ordre.

Nous avons le quorum et, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le comité poursuit son étude du régime des soins de santé au Canada et de son financement.

Nous avons l'honneur d'accueillir ce matin, de l'Association chiropratique canadienne, M. John Cochrane, président, et M. Greg Dunn, 2^e vice-président.

Messieurs nous sommes très heureux que vous ayez pu prendre le temps de nous rencontrer ce matin. Vous n'êtes sûrement pas sans savoir que le comité a entrepris son étude en février dernier et qu'il continue d'entendre des témoins au sujet de l'étude et du mandat qui lui a été confié. Nous vous demandons donc de bien vouloir nous faire votre exposé pour que nous puissions ensuite vous poser des questions et discuter avec vous.

M. John Cochrane (président, Association chiropratique canadienne): Merci. Monsieur le président, je tiens à remercier les membres du comité et vous-même de nous avoir donné cette occasion de comparaître devant vous aujourd'hui. Comme vous l'avez dit, je suis John Cochrane, de Kitchener, en Ontario. C'est dans cette localité que j'ai mon cabinet. Je vis à Waterloo. M. Greg Dunn est de Neepawa, au Manitoba, et il est vice-président de l'Association chiropratique canadienne, tandis que je suis moi-même président de l'Association.

Nous avons tous deux un cabinet de chiropratie, dont nous nous sommes absentés pour venir vous faire part des vues et des opinions des membres de notre profession. Certes, les chiropraticiens se sont déjà fait entendre devant ce Comité et devant d'autres comités par le passé, mais nous constatons qu'ils ont rarement l'occasion de participer véritablement à la planification globale du régime des soins de santé au Canada. Ce manque de participation de la part des membres des milieux chiropratiques affaiblit gravement, à notre avis, le processus de planification. Nous tenons notamment à bien vous faire voir aujourd'hui que les chiropraticiens, d'un bout à l'autre de ce grand pays qui est le nôtre, non seulement veulent mais peuvent largement contribuer à l'avenir du régime des soins de santé au Canada.

Au Canada, la chiropratie est la profession qui regroupe le plus grand nombre de praticiens ne prescrivant pas de médicaments. Après les médecins et les dentistes, les chiropraticiens viennent au 3^e rang des dispensateurs de soins de premier contact. En fait, le Canada compte plus de 3,000 chiropraticiens.

La profession chiropratique est autorisée par la loi à s'autoréglementer dans toutes les provinces canadiennes, sauf à Terre-Neuve, où un texte de loi sur la chiropratie fait actuellement l'objet d'une étude en comité.

[Texte]

[Traduction]

• 0945

The primary method of treatment for chiropractic is manipulative therapy. However, we also use a variety of ancillary treatments, such as mechanical and electrical therapy, supports and braces, orthotic devices, and nutritional counselling. To arrive at our diagnosis, we utilize a variety of examination procedures, which includes diagnostic radiology of the spine and extremities.

Our fees are paid in part by governments in Alberta, British Columbia, Manitoba, and Ontario, while Saskatchewan pays for the entire chiropractic fee. Other sources such as workmen's compensation boards, private insurers, the RCMP, and Veterans Affairs pay our fees.

Eighty percent of chiropractors who practise in Canada are educated at the Canadian Memorial Chiropractic College in Toronto, which is recognized as one of the foremost colleges of its kind in the world.

Funding for chiropractic education does not come from any government agency. Instead, the college is primarily funded through student tuitions and private contributions by Canadian chiropractors. In fact, a chiropractic student will pay some \$7,660 each year to attend college, which is nearly three times the tuition of other health care professionals.

The education process takes a minimum of six years, with two years of biological science, followed by four years of intensive and specialized training at the Canadian Memorial Chiropractic College.

Today the chiropractic profession has increased its focus to include such specialized areas as sports medicine and industrial health. We have implemented and funded our own research studies to analyse our place in the health system of not just Canada but world-wide.

At this time I would like to read the executive summary of our brief. The executive summary sums it up very nicely, I think.

This brief examines the focus questions of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and The Status of Women, with the context of one major over-riding concern, namely how to protect the humanitarian achievements of the Canadian Health System in the face of escalating economic costs. It proposes that one solution lies in the rationalization of services such that the right form of care is delivered to the right patient, from the right health professional, for the right health condition, at the right time. A major concern, therefore, must be with the appropriateness of care, and this should involve not simply the mainstream providers but all health providers.

La principale méthode de traitement en chiropratie est la manipulation. Les chiropraticiens utilisent cependant toute une gamme de traitements complémentaires, qui vont de la thérapie mécanique et électrique, aux appareils d'orthèse et d'orthopédie en passant par les conseils en matière de nutrition. Pour arriver à un diagnostic, nous avons recours à divers types d'exams, notamment au radiodiagnostic de la colonne vertébrale et de ses extrémités.

Nos honoraires sont payés en partie par l'Etat dans les provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de l'Ontario, tandis que la Saskatchewan assume la totalité des honoraires. D'autres organismes, tels que les commissions des accidents du travail, les assureurs privés, la GRC et le ministère des Anciens combattants, payent aussi une partie de nos honoraires.

Quatre-vingt pour 100 des chiropraticiens qui exercent leur profession au Canada font leurs études au *Canadien Memorial Chiropractic College* de Toronto, un des collèges les plus réputés de ce genre au monde.

Les études en chiropratie ne sont aucunement financées par l'Etat. Le collège finance plutôt ses activités grâce aux frais de scolarité qu'il exige des étudiants et des contributions de chiropraticiens canadiens. En fait, les étudiants en chiropratie doivent déboursier quelque 7,660\$ dollars par an pour fréquenter le collège, les frais de scolarité étant presque trois fois supérieurs à ceux qui sont exigés des autres aspirants professionnels de la santé.

Les études s'étendent sur une période d'au moins six ans, les deux premières étant consacrées aux sciences biologiques et les quatre autres à une formation intensive et spécialisée au *Canadian Memorial Chiropractic College*.

Le champ d'intérêt de la profession chiropratique s'est étendu au fil des ans, de manière à englober des domaines spécialisés, comme la médecine des sports et l'hygiène industrielle. Nous avons effectué et financé nos propres travaux de recherche afin d'analyser notre rôle dans le régime des soins de santé, non seulement au Canada, mais également dans le monde entier.

Je veux maintenant vous lire le résumé de notre mémoire, qui, à mon avis, fournit une assez bonne synthèse de notre point de vue.

Le mémoire traite des principales questions qui intéressent le Comité permanent de la santé, du bien-être social, des affaires sociales, des personnes âgées et de la condition féminine, dans le cadre d'un des grands sujets de préoccupation, soit la protection des réalisations humanitaires du régime canadien des services de santé face à l'augmentation des coûts. Nous proposons que l'une des solutions consiste à rationaliser les services afin que chaque patient reçoive les soins du professionnel de santé approprié correspondant à son état de santé au moment opportun. La pertinence des soins doit donc revêtir une grande importance, et cela doit concerner autant les fournisseurs de soins de santé, traditionnels que tous les autres.

[Text]

In terms of recommendations, our brief proposes one major proposal that: The federal government establish a commission or committee of enquiry to examine the full integration of non-medical, non-hospital based, health care into the health delivery system.

It is our contention that alternative forms of health care are grossly under utilized and that policies of the various levels of government contribute directly to their exclusion. Such policies include not only funding exclusions, but the exclusion from publicly funded facilities such as hospitals, homes for the aged, diagnostic facilities, etc. In many instances these exclusionary policies are discriminatory and in violation of the Charter of Rights and Freedoms. Whatever their cause, they are clearly not in the interest of the patients nor do they contribute to containing costs. For much of the care currently delivered there are cost effective alternatives.

Dr. Gregg Dunn (Vice-President, Canadian Chiropractic Association): As stated in the executive summary, our major recommendation is that there be a full commission or committee of inquiry established to examine the full integration of non-medical, non-hospital based health care into the health delivery system. We feel that this must be implemented to ensure that our health care system does not smother itself with funding problems. Our brief will substantiate the need for such an inquiry.

Nearly 80% of all Canadians will at one time in their lives experience a debilitating bout of back pain. As a result the cost to the system, which includes government health plans, workers' compensation boards, private insurers, and employers, climbs into the millions, possibly billions, every year. And it is with that in mind that I present some of the most recent findings of a major research study. For your information, it is in that packet of information I handed to you, but not included in the original brief because it was not available to us until after we had submitted our brief. The research is entitled *Low Back Pain of Mechanical Origin: Randomized Comparison of Chiropractic and Hospital Out-Patient Treatment*, by Meade and others.

• 0950

The report states that chiropractic treatment was more effective than hospital out-patient management mainly for patients with chronic or severe back pain.

Published in the June 1990 issue of the *British Medical Journal*, the study goes on to say:

Our results suggest there might be a reduction of some 290 thousand days in sickness absence during two years. . .

[Translation]

Voici la principale recommandation contenue dans notre mémoire: Que le gouvernement fédéral crée une commission d'enquête chargée d'examiner l'intégration complète des soins de santé non médicaux et non hospitaliers au système de distribution des soins.

Nous soutenons que les autres formes de soins de santé sont nettement sous utilisés et que les politiques des différents paliers de gouvernement contribuent directement à leur exclusion. Ces politiques excluent non seulement le financement, mais également la pratique dans les établissements public tels que les hôpitaux, les foyers pour personnes âgées, les centres de diagnostic, etc. Dans bien des cas, ces politiques exclusives sont discriminatoires et vont à l'encontre de la Charte des droits et libertés. Quelle qu'en soit la raison, il est clair qu'elles ne sont pas dans l'intérêt des patients et ne contribuent pas à la compression des coûts. Il existe des solutions de rechange économiques à une grande partie des soins fournis actuellement.

M. Gregg Dunn (vice-président, Association chiropratique canadienne): Comme il est dit dans le résumé, notre principale recommandation est de créer une commission d'enquête chargée d'examiner l'intégration complète des soins de santé non médicaux et non hospitaliers au système de distribution des soins. Cette commission est nécessaire à notre avis pour éviter que notre régime de soins de santé ne croule sous le poids de ces problèmes de financement. Vous trouverez dans notre exposé des arguments qui confirmeront la nécessité de tenir une enquête sur ce sujet.

Près de 80 p. 100 de tous les Canadiens souffrent à un moment ou à un autre de sérieux maux de dos invalidants. Le coût qui en résulte pour le régime des soins de santé, qui comprend les régimes d'assurance-maladie du gouvernement, les commissions des accidents du travail, les assureurs privés et les employeurs, s'élève à des millions sinon des milliards de dollars par an. C'est dans ce contexte que je vous fais part de certaines des constatations les plus récentes issues d'un important travail de recherche. Vous trouverez d'ailleurs le document en question dans la trousse qui vous a été remise, mais nous ne l'avons pas inclus dans notre mémoire initial car nous ne l'avons reçu qu'après la présentation de notre mémoire. Le document de recherche s'intitule *Low Back Pain of Mechanical Origin: Randomized Comparison of Chiropractic and Hospital Out-Patient Treatment*, et il a été rédigé par Meade et d'autres collaborateurs.

L'étude indique que le traitement chiropratique s'est révélé plus efficace que la consultation externe en milieu hospitalier, principalement dans le cas des patients souffrant de douleurs lombaires chroniques ou aiguës.

Les auteurs de cette étude, qui a été publiée dans le numéro de juin 1990 du *British Medical Journal*, poursuivent en ces termes:

Nos résultats donnent à entendre que l'on pourrait réduire de quelque 290,000 le nombre de jours d'absence pour cause de maladie en deux ans. . .

[Texte]

Surely the economic impact of this statement is astounding, to say the least. The savings from lost sick days alone would amount to millions of dollars a year if chiropractic care were implemented in place of hospital out-patient care. This particular area is only one example of where non-medical, non-hospital based care could potentially save millions of dollars every year.

A commission of inquiry would doubtless discover even more avenues of major cost savings and increased efficiency upon further investigation. It is absolutely vital that such an investigation or inquiry be conducted by a commission or committee that is not weighted with appointments of mostly medical doctors who will invariably overlook the kind of innovative solutions required to effectively solve the health care problems this country faces today and will face tomorrow.

If you ask the same people the same questions, you will always receive the same answers. To avoid this dilemma, the proposed commission or committee must include representatives from those who provide the delivery of all types of health care to ensure a delicate balance. Everyone in the chiropractic profession believes that economic health care will be delivered through the right form of care to the right patient from the right health care professional for the right condition at the right time. There is no better time than right now to act on the recommendations of our brief.

Mr. Chairman, we would be delighted to answer any questions you have at this time.

The Chairman: Thank you very much, Doctor, for your presentation and for providing us with the briefing package and the additional material.

Just before moving to questions, let me say that you have touched on the area that I feel I have some expertise in. Like many people, I have had back pain problems. About 25 years ago I spent the best part of 5 years going to chiropractors as the result of an injury. I finally ended up with a spinal fusion. I think I can say that I have noticed as a patient the change in attitude in that time. You could go to either doctors or chiropractors. There seemed to be difficulty in dealing on a one to one basis in those professions. Now I think you are seeing more and more referrals either way. People who are going to doctors in some cases are being told that perhaps they can receive some help. I can assure you that that was not the case in the mid-1960s when I was involved.

It is not the most pleasant experience when you have back problems. That was in the days when they had striker frames, when I finally did have the surgery, where they flipped you every two hours. I felt like a sandwich for 21 days. From that perspective I can appreciate the changes that have taken place in the respective views of the practice from a variety of aspects. I do not know if that raises any questions with you before I move on.

[Traduction]

Les répercussions économiques de cette constatation sont, pour le moins, stupéfiantes. Les économies réalisées grâce à la réduction des congés de maladie pourraient à elles seules s'élever à des millions de dollars par an, si le traitement chiropratique était substitué à la consultation externe en milieu hospitalier. Il ne s'agit que d'un exemple des économies importantes qui pourraient être réalisées par le recours à des soins non médicaux et non hospitaliers.

La commission d'enquête découvrirait sans doute, au cours de son étude approfondie, d'autres moyens de réduire considérablement les coûts et d'accroître l'efficacité. Il est absolument capital que l'enquête ne soit pas menée par une commission composée majoritairement de médecins, qui négligeront inévitablement les solutions innovatrices dont nous avons besoin pour résoudre efficacement les problèmes auxquels nous nous heurtons aujourd'hui et auxquels nous nous heurterons demain dans le domaine des soins de santé.

Si vous posez toujours les mêmes questions aux mêmes personnes, vous recevrez toujours les mêmes réponses. C'est pourquoi la commission proposée doit comprendre des représentants de tous les différents types de dispensateurs de soins de santé afin d'assurer un équilibre approprié. Les membres de la profession chiropratique sont tous persuadés que la prestation économique des soins de santé exige que le patient reçoive du professionnel de santé approprié les soins correspondant à son état de santé au moment opportun. C'est dès maintenant qu'il faut intervenir pour donner suite aux recommandations contenues dans notre mémoire.

Monsieur le président, nous nous ferons un plaisir de répondre aux questions que vous voudrez bien nous poser.

Le président: Je vous remercie, Docteur, de votre exposé ainsi que du mémoire et des documents supplémentaires que vous nous avez remis.

Avant de passer aux questions, je tiens à vous dire que vous avez abordé un sujet que je connais assez bien. Comme bien des gens, j'ai déjà souffert de maux de dos. Il y a environ 25 ans, à la suite d'une blessure, j'ai dû avoir recours à des chiropraticiens pendant cinq ans. On a fini par me faire une spondylodèse. Je crois pouvoir affirmer que j'ai remarqué en tant que patient un changement d'attitude au fil des ans. À l'époque, on pouvait consulter soit un médecin soit un chiropraticien. Il ne semblait y avoir guère de collaboration entre les deux professions. De nos jours, le médecin peut recommander son patient à un chiropraticien, et vice-versa. Si vous consultez votre médecin, il se peut qu'il vous dise qu'un traitement chiropratique pourrait vous être utile. Je puis vous assurer que tel n'était pas le cas au milieu des années 60, lorsque j'ai eu besoin de services chiropratiques.

Je peux vous dire que ce n'est pas tellement agréable de souffrir de maux de dos. À l'époque, quand j'ai finalement subi mon intervention, on vous immobilisait dans un appareil et on vous retournait toutes les deux heures. Je me suis senti comme un sandwich pendant 21 jours. Je suis donc en mesure d'apprécier les changements qui se sont produits dans la perception du rôle respectif des deux professions. Je ne sais pas si vous avez des questions à me poser avant que je poursuive.

[Text]

Dr. Dunn: Your remarks are succinct in that at the grassroots level there is certainly a dialogue beginning between medicine and chiropractic. It is a very, very welcome presence with us and, I also believe, with medicine itself. Medicine, I think, has felt very uncomfortable dealing with the type of back pain we deal with.

I too have had spinal surgery, and I feel a great deal of empathy for your situation. I am reminded of my predicament every day. I found help both through surgery and subsequently through manipulative care through chiropractic.

• 0955

Politically, medicine has been allowed to be the gatekeeper of health care. They may argue it is not true, but you and I know it is true. Medicine on a political level has blocked and has made decisions on our health care regarding who should use the institutions, where the research funding should go, when it goes, how it goes, who is funded and who is not. It is inarguable that political medicine has not yet changed an attitude towards the non-medical health care professionals. Grassroots, it may be changing.

Can this system afford to wait until political medicine changes its attitude? Or do you have to act now on studies such as the one published in the *British Medical Journal*, which is likely the most widely read medical journal in the world and likely one of the most prestigious, if not the most prestigious medical journal, about a research trial done by medicine, quite likely thinking that there would be a different result than occurred? Can we afford to ignore studies like that when our health care is in crisis?

We have budgetary problems not only federally but also provincially. I know my own province is just begging for relief from health care costs. Can we ignore that and wait for political medicine as gatekeepers of health to change their attitudes towards us non-medical professionals? Or should we start to make the changes ourselves in that people like chiropractors ought to be able to comment on certain types of health care? Our expertise is unquestioned in this area. The volume of research being done by chiropractors and by others on us now is ever increasing. It is irrefutable.

The Chairman: Thank you. Maybe in keeping with a format I tried with witnesses, but not with ministers or officials, to rotate as we start, I think it would have been the NDP's turn, had they been here this morning. There is lots of time, I think. We will continue this, if it is agreeable.

[Translation]

M. Dunn: Vos remarques sont pertinentes en ce sens que l'on constate, à la base, un début de dialogue entre la médecine et la chiropratie. Nous avons certainement raison de nous en réjouir, et je crois qu'il en est de même pour les médecins. Car, la médecine pouvait difficilement, à mon avis, traiter le genre de maux de dos que nous traitons.

J'ai subi moi aussi une intervention à la colonne vertébrale, et je puis compatir avec vous. Ce problème se rappelle à mon souvenir chaque jour. J'ai pu cependant la faire traiter, d'abord par la chirurgie, puis par la manipulation chiropratique.

Sur le plan politique, on a permis à la médecine de s'ériger en gardienne des soins de santé. On peut le nier, mais nous savons que c'est vrai. Les médecins exercent leur influence politique pour bloquer certaines décisions et en faire prendre d'autres matière de services de santé, afin de déterminer qui peut se servir des établissements de santé, quels travaux de recherche seront financés, quand ils le seront et comment, quels chercheurs recevront des subventions ou n'en recevront pas. Il est indéniable qu'au niveau politique, les médecins n'ont pas changé leur attitude envers les professionnels de la santé qui dispensent des soins non médicaux. Cependant, les mentalités changent peut-être à la base.

Le régime actuel peut-il se permettre d'attendre que les dirigeants de la profession médicale changent d'attitude? N'avez-vous pas le devoir d'intervenir à la suite d'études comme celle qui a été publiée dans le *British Medical Journal*, qui est sans doute la première revue médicale au monde pour le nombre de lecteurs et qui est sans doute aussi une des plus prestigieuses, sinon la plus prestigieuse. Cette étude fait état d'un essai réalisé par des médecins, qui s'attendaient sans doute à un résultat différent de celui qui s'est produit? Pouvons-nous nous permettre de ne pas tenir compte d'études comme celles-là quand notre régime de soins de santé est en péril?

Nous avons des problèmes budgétaires non seulement au niveau fédéral, mais aussi au niveau provincial. Je sais que, dans ma province, les pouvoirs publics demandent instamment qu'on les décharge du coût des services de santé. Pouvons-nous faire comme si de rien n'était et attendre que les dirigeants du monde médical, en tant que gardiens des services de santé, changent leur attitude à l'endroit des professionnels dispensateurs de soins non médicaux comme nous? Où devrions-nous commencer à faire nous-mêmes les changements qui s'imposent et permettre notamment aux professionnels comme les chiropraticiens de faire connaître leurs vues sur certains types de services de santé? Notre compétence dans le domaine ne peut être mise en doute. Les recherches sur les traitements chiropratiques faite par des chiropraticiens et par d'autres ne cessent de s'accroître. Les constatations sont irréfutables.

Le président: Merci. Nous pourrions peut-être suivre la formule que j'ai mise à l'essai avec nos témoins, mais pas avec les ministres ou les fonctionnaires qui ont comparu devant nous, c'est-à-dire permettre à chaque parti à tour de rôle d'être le premier à poser des questions. C'aurait été au tour du Nouveau parti démocratique, s'il avait eu des représentants ici ce matin. Je crois que nous avons beaucoup de temps. Nous allons poursuivre, si tout le monde est d'accord.

[Texte]

Mr. Cole (York—Simcoe): First of all, I would like to thank you for being here today and for presenting us with this information. It is a refreshing point of view. I think it is a point of view a lot of us share in a lot of areas in that we have to change the system, whatever it is.

I would like to know a little bit more about what you feel the goals should be of the commission of inquiry, as you put it. I am a little bit concerned about commissions of inquiry. I get the impression that traditionally they do lots of research and lots of digging that gets put on a back shelf somewhere. The result may be very positive but, because of the system we are involved in, it does not always get acted upon to the way we might hope it would be. I would like to have your opinion there.

I would also be interested in the approach of a medical council, if you like—you might be more comfortable with a health care council, and I would accept that—and how such a council would provide direction from the grassroots or receive direction from the people who are involved in the system and governments who are funding it. What type of a composition would you see for those two types of organizations?

Regarding the other aspect of this commission of inquiry, if we can come back to it, would you be willing or would you be anxious to give it powers of subpoena for information, witnesses and one thing and other? Are we creating another bureaucratic type of situation? We will just go that far. I have some other questions.

Dr. Cochrane: I will start to answer. I think our basic goal for the commission of inquiry is to open it up so that the government committees and the government people who are setting the policy and setting the standards are going to have an opportunity to really dig in to see what alternate health care can do.

• 1000

As we have said, one of the problems we, as chiropractors, have run up against all our professional lives is that there are no chiropractors on staff in the ministry of health here in Ottawa or, basically, provincially. When you sit down to plan health policies, or whatever in the matter of health, chiropractors are generally not consulted until after the policy is formulated.

I spent some time this year at the World Health Organization meetings. I walked in there, met some of the Canadian delegates and I was asked what a chiropractor was doing there. As chiropractors we are saying that we have

[Traduction]

M. Cole (York—Simcoe): Je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir comparu devant nous aujourd'hui et de nous avoir présenté cette information. Votre point de vue fait plaisir à entendre. Je crois que bon nombre d'entre nous le partagent à bien des égards, en ce sens qu'il faut changer la structure actuelle, quelle qu'elle soit.

Je voudrais que vous entriez un peu plus dans le détail au sujet des objectifs de la commission d'enquête, dont vous proposez la création. Les commissions d'enquête m'inspirent généralement certaines réserves. J'ai l'impression qu'elles font beaucoup de recherches et qu'elles produisent beaucoup de documents qui ne font que dormir sur une tablette quelque part. Elles accomplissent peut-être un travail très utile, mais notre système est ainsi fait que leurs recommandations ne donnent pas toujours lieu à des mesures concrètes comme nous serions en droit de nous y attendre. Je voudrais savoir ce que vous en pensez.

J'aimerais aussi savoir ce que vous pensez de l'idée d'un conseil médical, si vous voulez—vous seriez peut-être plus à l'aise avec un conseil des soins de santé, et je n'y vois aucun inconvénient—qui prévoirait une participation de la base ou de ceux qui sont directement intéressés par la prestation de soins de santé et des pouvoirs publics qui les financent. Quelle composition recommanderiez-vous pour ces deux types d'organismes?

En ce qui concerne maintenant l'autre aspect de cette commission d'enquête, si vous permettez qu'on y revienne, seriez-vous disposé ou seriez-vous enclin à lui conférer le pouvoir d'exiger la production de documents et de citer des témoins à comparaître? Se peut-il que nous soyons en train de créer un autre appendice bureaucratique? Nous nous arrêtons-là pour la moment. J'aurais encore quelques questions plus tard.

M. Cochrane: Je répondrai le premier. Je crois que notre objectif fondamental serait de faire en sorte que la commission d'enquête comprenne des représentants de divers milieux pour que les comités et les fonctionnaires du gouvernement qui sont chargés d'élaborer les lignes directrices et d'établir des normes ait réellement l'occasion de se renseigner sur les possibilités que présentent les services de santé parallèles.

Comme nous l'avons dit, un des problèmes auquel nous nous heurtons constamment en tant que chiropraticiens, c'est l'absence de représentants de notre profession au ministère de la Santé, ici à Ottawa, ou encore au niveau provincial. Quand vient le temps d'élaborer des lignes directrices ou quoi que ce soit dans le domaine des services de santé, on ne consulte généralement les chiropraticiens qu'une fois les décisions prises.

J'ai participé cette année à un certain nombre de réunions de l'Organisation mondiale de la santé. J'y ai rencontré des délégués canadiens qui m'ont demandé ce qu'un chiropraticien faisait là. Nous soutenons, en tant que

[Text]

something to offer to the health care system in Canada. We are not mainstream medicine, we are alternative, but we have some things that work well and can save this country some money in health care and yet improve the health care of this country.

So, however the framework of that commission might work, and maybe it might be better to be a health council of some sort, our thinking was a commission so that at least it can be focused and it can be brought to the point that we are there and we have something to offer and something to say—not only us, but I am sure there are other alternate health professions that do as well—and we are not being heard. I think that is our focus here.

If we go on to the health council that you suggest, I think that again could be an excellent opportunity, providing it is not weighted in the area of medicine. In other words, let us have the opportunity for the rest of us to sort of be heard and to carry some weight so that we are not going to be outvoted because it is a little on the different side.

Dr. Dunn: On the goals of such a committee or commission, I agree with you. I have been involved in political chiropractic for most of my career. I have seen government commissions and government studies, whether provincial or federal, come up with some really great-sounding results but never having implementation.

I do not understand logistically how, but I am sure the government must have a way of ensuring that the findings of a committee, if they are hard, solidly based findings, could be implemented with two things in mind. Financially we can show you how our non-medical profession can save you money. I think we have done it today just with one specific paper. There are others. The spin-off from this particular paper has the scientific community a-buzz. You will see more and better studies, and this study was done extremely well.

The financial savings the committee could bring to the health care system would be immense, enormous. That is one goal. A spin-off of that is access for people like us to our patients. You might say to me, Dr. Dunn, you have access to your patients. Yes, I do, I am a primary contact practitioner. I am legislated as a primary contact practitioner. The Manitoba Health Services Commission, in my case, pays for my fees; the Workers Compensation Board pays me. They accept my reports and they pay me fees for looking after injured workers—the Manitoba Public Insurance Corporation, and so on, private insurers. But if one of my patients has to go into an institution, whether it be a care home or a hospital, I lose access to that patient. There is a great irony in that.

[Translation]

chiropraticiens, que nous avons quelque chose à apporter au régime canadien des services de santé. Nous ne nous inscrivons pas dans le courant général de la médecine, nous offrons plutôt des services parallèles, mais nous avons découvert des traitements qui fonctionnent bien et qui pourraient à la fois réduire le coût des services de santé au Canada et en améliorer l'efficacité.

Ainsi, quelle que soit la structure retenue pour cette commission, et il vaudrait peut-être mieux que ce soit une sorte de conseil des services de santé, nous voulons une tribune qui s'intéresse tout particulièrement au sujet et à laquelle nous puissions participer, car nous avons quelque chose à offrir, nous avons quelque chose à dire—pas seulement nous, mais je suis sûr que c'est aussi le cas d'autres professionnels de la santé qui dispensent des services parallèles—et, à l'heure actuelle, nous n'avons pas de moyens de nous faire entendre. Voilà donc notre objectif principal.

Pour ce qui est du conseil des services de santé que vous proposez, cela pourrait être une excellente formule, à condition que les médecins n'y soient pas majoritaires. Autrement dit, il faut que les autres aient aussi la possibilité d'être entendus et d'exercer une certaine influence, de façon que les décisions n'aient pas toujours contre nous sous prétexte que notre point de vue est légèrement différent.

M. Dunn: Je suis d'accord avec vous sur les objectifs d'une commission de ce genre. Je me suis intéressé pendant presque toute ma vie professionnelle au côté politique de la chiropratie. J'ai vu quantité d'études et de rapports de commissions publiques, que ce soit au niveau provincial ou fédéral, qui ont donné lieu à d'excellentes recommandations, sans jamais toutefois qu'il y soit donné suite.

Je ne sais pas trop comment cela pourra se faire, mais je suis sûr que le gouvernement doit pouvoir trouver un moyen de faire appliquer les conclusions d'un comité, à condition qu'elles soient bien détaillées, en tenant compte de deux choses. Sur le plan financier, nous pouvons vous montrer comment la profession non médicale peut vous faire économiser de l'argent. Je crois qu'un des documents que nous vous avons présentés aujourd'hui le démontre amplement. Il y en a d'autres. Les répercussions de ce document en particulier sèment l'émoi dans les milieux scientifiques. Il y aura d'autres études encore meilleures, celle-ci a d'ailleurs été très bien faite.

Cette commission pourrait entraîner des économies énormes pour le régime des services de santé. Voilà un objectif. En outre, nous aurions accès à nos patients. Vous me direz: «Mais, M. Dunn, vous avez accès à vos patients.» En effet, j'ai accès à mes patients; je suis un praticien de premier contact. La loi me reconnaît le droit de jouer ce rôle. Dans mon cas, la Commission des services de santé du Manitoba paye mes honoraires; la Commission des accidents du travail me paye aussi mes honoraires. On accepte les rapports que je fais et on me paye pour les soins que je dispense aux travailleurs accidentés. Il en est de même pour la Société d'assurance publique du Manitoba et pour les assureurs privés. Par contre, lorsqu'un de mes patients est placé dans un établissement, qu'il s'agisse d'une maison de convalescence ou d'un hôpital, je ne peux plus le soigner. Situation particulièrement ironique.

[Texte]

Let us say my patient goes into a hospital because of an abscess somewhere that needs medical attention, and he is also under great duress from back or neck pain, he loses access to me because the gatekeepers tell me that I cannot use an institution that my patient is paying for, and for which I am paying. I cannot go into that institution. Even if that patient requests it, I still cannot go into that institution and give the kind of care for which he came to me. There is a real breakdown in the system, is there not, when medicine does not own these institutions but can prevent me access to my very patients who can see me legally and have their fees paid for in every other instance? How can that be?

• 1005

That has to change. Patients want my care. They come to me and ask for my professional advice. I have a narrow scope of influence that I deal with, but I am primary contact and I am being limited. That has to change. I see that as one of the major goals of a commission of inquiry, to bring out publicly that this is happening and actually to indicate that it does not have to happen. Otherwise, the whole system is at fault.

Mr. Cole: What you get into there is a provincial problem, though. It is a provincial jurisdiction. I hear what you are saying. You are trying to say that it is a national problem because it is the same probably in virtually all the provinces. But you have to recognize that there are different jurisdictions in this business and that is one of the problems. That is what I hear you saying, and I accept that.

Dr. Dunn: You are absolutely right, but it has to start federally because there are discriminatory policies in place in Veterans Affairs, which is a federal jurisdiction for sure, and Indian Affairs and Northern Development. . . All sorts of discrimination starts at the top and filters down. Until that changes, who else is going to want to bother with changes?

Dr. Cochrane: The armed services is another example. We cannot treat armed services personnel without a referral from the base surgeon. That is very limited, so people have to sneak off the base to see chiropractors.

Mr. Cole: You have talked about cost and being cost-effective, yet you are talking about going into the hospital or being involved in the hospital in that area. I have never found—and I do not think we have heard any witnesses who have really been able to convince me—that institutionalized service is very cost-effective. This is something you have to be a bit careful of, because one of the difficulties is that as you start changing this it becomes much more an institutionalized

[Traduction]

Supposons que mon patient soit admis à l'hôpital à cause d'un abcès qui doit être traité par un médecin. Ce patient souffre de douleur aiguë au dos ou au cou, et il ne peut pas se faire soigner par moi, parce que les soi-disant gardiens m'interdisent l'accès à cet établissement que mon patient contribue à financer et que je contribue moi-même à financer. Je ne peux pas aller le soigner dans cet établissement. Même si le patient en fait la demande, je ne peux pas pénétrer dans cet établissement pour lui dispenser les soins qu'il était venu chercher chez moi. Ne trouvez-vous pas que le régime est sérieusement compromis quand la médecine officielle, qui n'est pas propriétaire des établissements de santé, peut m'en interdire l'accès pour aller y soigner mes patients, qui sont parfaitement en droit de se faire soigner par moi et d'obtenir le remboursement des honoraires qu'ils me versent en toute autre circonstance? Comment cela se peut-il?

Il faut changer cela. Mes patients veulent être soignés par moi. Ils viennent me voir et me consulter en tant que professionnel. J'ai un champ d'activités restreint, mais je suis un intervenant de premier contact, et on veut m'empêcher de jouer ce rôle. La situation doit changer. Il me semble que ce serait là un des principaux objectifs de la Commission d'enquête proposée, à savoir exposer la situation au grand jour et dire qu'il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi. Sinon, le système tout entier est à blâmer.

M. Cole: Vous abordez toutefois là un problème provincial. Cette question relève de la compétence des provinces. Je comprends ce que vous dites. Vous dites qu'il s'agit d'un problème national, puisque la situation est à peu près la même dans toutes les provinces. Mais vous devez reconnaître qu'un des problèmes vient du fait que les compétences sont partagées. Voilà ce que j'ai compris de ce que vous avez dit, et j'en conviens avec vous.

M. Dunn: Vous avez tout à fait raison, mais l'initiative appartient au gouvernement fédéral, car il existe des politiques discriminatoires au ministère des Anciens combattants, qui est certainement un domaine de compétence fédérale, ainsi qu'au ministère des Affaires indiennes et du Nord. . . il existe toutes sortes de mesures discriminatoires qui prennent leur source en haut et qui contaminent petit à petit tout le système. Tant que la position du gouvernement fédéral ne changera pas, peut-on s'attendre que celle des autres change?

M. Cochrane: Les Forces armées sont un autre exemple. Nous ne pouvons pas soigner les membres des Forces armées sans une recommandation du médecin de la base. Ce genre de recommandation n'est pas facile à obtenir, de sorte que les gens doivent quitter la base en secret pour aller voir un chiropraticien.

M. Cole: Vous avez parlé de coûts et de rentabilité, et pourtant vous voulez vous rendre dans les hôpitaux pour aller y soigner des patients. À en juger par mon expérience—et je ne crois pas avoir entendu de témoin qui ait pu me convaincre du contraire—les services dispensés en établissement ne sont jamais très rentables. Je vous fais une petite mise en garde ici, car si vous vous mettez à vouloir changer les choses de cette façon, les soins que vous

[Text]

type of approach. I would be a little nervous as to what you are doing, when most people are telling us to get away from the institutionalized approach and to get it back to the community level.

Dr. Cochrane: We as a profession do not really want the institutionalized approach. We do not want to be hospital based or institution based. We want to be community based.

Mr. Cole: You just want the access.

Dr. Cochrane: We want the access. When our patients need us, as Dr. Dunn has pointed out, we cannot go into the hospital without the permission of the physician involved, and most of the time we do not get it. All I am saying is that I think it is unfair to the patient. Plus the fact that a lot of times chiropractors could use X-ray facilities, lab facilities, and all the high technology that is available, yet that is not available to us. As primary contact professionals we are responsible to make the proper diagnosis and to follow through, yet we are trying to do it with our hands tied behind our backs.

Dr. Dunn: I would have to echo what Dr. Cochrane says. I am not talking about becoming institutional practitioners but about access to the institutions to treat patients who are in there. Only rarely are there occasions when I would need to have my patients institutionalized—there are always exceptions—but when my patients are institutionalized I ought to have access to them.

The other point, an excellent one, that Dr. Cochrane made is that we are licensed and registered to take and interpret spinal and skeletal radiographs. It is the law, but we are not allowed access to the government-owned facilities. There again is another dichotomy. On one hand you are telling us that we are legitimate, but on the other hand you are telling us that we cannot use the machines that our patients and we ourselves are paying for. There is a real split there, a real inconsistency.

Granted, some of the issues we are discussing are provincial. I understand that, but it starts at the top. It starts at the top with your attitude on the federal level towards us and the health planning process and all the things that then spill over into provincial jurisdictions.

• 1010

Mr. Cole: I would like to hope that the process, the health care and the whole system starts at the bottom, because I really think that is the way you are going to make things change. I think by having the kind of communication you say has just recently started, and I accept that, that is how change is going to take place. That is the reality of it. When it starts changing at that level, there is more reason to start changing at other levels and further up the ladder.

[Translation]

dispensez s'approcheront de plus en plus de la formule des soins dispensés en établissement. Vos efforts en ce sens m'inquiètent quelque peu, alors même que l'on nous dit qu'il faut s'éloigner de la formule des soins en établissement pour revenir au niveau communautaire.

M. Cochrane: Les membres de notre profession ne sont pas du tout pour la formule des soins dispensés en établissement. Nous ne voulons pas être rattachés à un hôpital ou à un établissement en particulier. Nous voulons exercer notre activité dans la collectivité.

M. Cole: Vous voulez simplement obtenir l'accès.

M. Cochrane: Nous voulons en effet obtenir l'accès. Quand nos patients ont besoin de nous, comme l'a fait remarquer M. Dunn, nous ne pouvons pas aller les soigner à l'hôpital sans obtenir l'autorisation du médecin traitant, laquelle autorisation est rarement accordée. Je dis simplement que cette situation est injuste pour le patient. En outre, les chiropraticiens pourraient bien souvent se servir des appareils de radiographie, des laboratoires et de tout le matériel de pointe qui sont disponibles, mais auxquels nous n'avons pas accès. En tant qu'intervenant de premier contact, nous avons l'obligation de faire un diagnostic approprié et de soigner le patient en conséquence, mais nous essayons de le faire en ayant les mains attachées derrière le dos.

M. Dunn: Je suis d'accord avec le M. Cochrane. Nous ne voulons pas devenir des praticiens rattachés à un établissement quelconque, mais simplement avoir accès aux établissements de santé pour pouvoir y soigner nos patients qui s'y trouvent. Il n'arriverait que très rarement que j'aie besoin de faire hospitaliser mes patients—il y a toujours des exceptions à la règle—mais, lorsque mes patients sont hospitalisés, je devrais pouvoir les soigner.

L'autre argument qu'a invoqué le M. Cochrane, et qui est d'ailleurs excellent, c'est que nous sommes des professionnels agréés et autorisés à prendre des radiographies de la colonne vertébrale et du squelette et à les interpréter. La loi nous y autorise, mais on nous interdit l'accès des établissements publics. Voilà une autre contradiction. Vous nous dites, d'une part, que nous sommes reconnus par la loi, mais, d'autre part, vous nous interdisez l'accès des appareils que nos impôts et ceux de nos patients aident à payer. Il y a là une contradiction réelle, un manque de cohérence total.

Certaines des questions dont nous discutons relèvent effectivement de la compétence des provinces. Je le reconnais, mais le problème vient d'en haut. Il vient de la perception qu'a le gouvernement fédéral de notre rôle dans la planification des services de santé et des répercussions qui s'ensuivent au niveau provincial.

M. Cole: J'espère bien que tout le processus concernant les soins de santé et l'ensemble du régime commence à la base, car je crois vraiment que c'est la seule façon de faire changer les choses. Je pense vraiment que c'est grâce au genre de communications qui viennent de s'amorcer, selon vous, que nous verrons des changements survenir. Voilà la réalité. Lorsque les choses commencent à changer à ce niveau, il est encore plus justifié d'apporter des changements à d'autres niveaux et jusqu'en haut de l'échelle.

[Texte]

Dr. Cochrane: I will agree with you to a point that grassroots is going to help a tremendous amount, but I think it is also an attitudinal change. I think you have to perceive what people think. The fact that we are limited makes people think we are not as good, and that is the kind of thing I mean. That is the kind of attitude change that has to come from the top as well as the grassroots. I think it is a two-way street.

The Chairman: Just before I move on, there is a term you used early in your presentation, I think you called it manipulative therapy. It has a different connotation here on Parliament Hill, and you will see it used within this committee from time to time.

Dr. Cochrane: How about spinal adjustment? I do not want to manipulate anybody.

The Chairman: No, I was not suggesting you were, but I have members of this committee from time to time who do.

Mrs. Clancy (Halifax): I think the grassroots response is probably the one that will, rightly or wrongly, correct the problem. Whether indeed there should be a change at the top remains to be seen, but if I were a betting person, I would say it will be a demand on the grassroots that will change the institution rather than the other way around.

It is also because the incidents of medical access, the gatekeeper incidents, if you will, tend to be so heavily concentrated in provincial institutions that I suspect even if you had a change at the federal level with DND and the Department of Indian and Northern Affairs and so on, it would still not have a major impact on those provincial institutions. Those provincial institutions, I think, are the ones that are going to have to change in order to see a real difference in access to your patients in the way you were discussing. It is merely a personal opinion, because now I am going to ask you a question.

I come from the Atlantic provinces, from Halifax. Are there very many chiropractors in Atlantic Canada? They certainly are not visible.

Dr. Cochrane: That is true. That is a problem we have, getting enough chiropractors in Atlantic Canada. For instance, in Halifax and the surrounding area there are three chiropractors. If I remember the figures, there are probably 25 or so chiropractors in the province of Nova Scotia. Some of them have been there for a number of years and are very quickly approaching retirement age. I think that is one of the problems.

We have a college in Toronto, and when a student comes from Halifax, unfortunately they usually start off going to school single. By the time they finish school they have found somebody, and usually he or she happens to be from Ontario and they end up staying there. It does not only happen in chiropractic; it happens in all the health care professions.

Mrs. Clancy: That is okay, because everybody who comes to Nova Scotia and goes to law school stays in Nova Scotia.

[Traduction]

M. Cochrane: Je conviens avec vous que dans une certaine mesure des changements à la base auront beaucoup d'influence, mais je pense qu'il faut également un changement d'attitude. Je pense qu'il faut bien comprendre la façon dont les gens pensent. Ils ne nous croient pas aussi bons que d'autres professionnels, en raison des restrictions qui nous sont imposées. C'est le genre de changement d'attitude qui doit se produire tant en haut de l'échelle qu'à la base. Je pense que c'est une situation à double sens.

Le président: Avant d'aller plus loin, je tiens à commenter une expression que vous avez utilisée au cours de votre exposé, quand vous avez parlé de manipulation. Ce terme a une connotation différente ici sur la Colline parlementaire et vous l'entendrez utiliser de temps à autre au Comité.

M. Cochrane: Que pensez-vous des manipulations vertébrales, plutôt? Je ne veux manipuler personne.

Le président: Non, ce n'est pas ce que je voulais dire, mais il y a des membres du Comité qui le font parfois.

Mme Clancy (Halifax): Je pense que c'est probablement la réaction de la base qui va corriger le problème, que ce soit bien ou non. Il reste à voir s'il devrait y avoir un changement en haut de l'échelle, mais si j'avais l'habitude de faire des paris, je dirais que c'est la demande à la base qui va faire changer le système, plutôt que l'inverse.

En outre, puisque la plupart des incidents où vous vous êtes vus refuser la permission d'exercer votre profession se concentrent principalement dans des établissements provinciaux, je pense que même si les choses changeaient au niveau fédéral, notamment au ministère de la Défense nationale et au ministère des Affaires indiennes et du nord, cela n'aurait guère d'influence dans les établissements provinciaux. C'est là, je pense, qu'il faudra des changements, pour que vous ayez vraiment accès dorénavant à vos patients. Ce n'est qu'une opinion personnelle. Je vais maintenant vous poser une question.

Je viens des provinces de l'Atlantique, plus précisément de Halifax. Les chiropraticiens sont-ils très nombreux dans la région du Canada Atlantique? Ils ne sont certainement pas visibles.

M. Cochrane: C'est exact. Nous avons justement de la difficulté à avoir suffisamment de chiropraticiens dans cette région. À Halifax et dans les environs, par exemple, il y a trois chiropraticiens. Si ma mémoire est bonne, il y a probablement environ 25 chiropraticiens en Nouvelle-Écosse. Certains d'entre eux sont déjà là depuis bien des années et ils approchent très rapidement de l'âge de la retraite. Je pense que c'est l'un de nos problèmes.

Nous avons un collège à Toronto et lorsqu'un étudiant vient de Halifax, il est habituellement célibataire à son arrivée, mais avant la fin de son cours, il s'est trouvé un conjoint, qui vient habituellement de l'Ontario, de sorte que le couple décide finalement d'y rester. Ce n'est pas seulement le cas pour les chiropraticiens, c'est un phénomène qui touche toutes les professions dans le domaine des soins de santé.

Mme Clancy: Il n'y a pas de problème, puisque ceux qui viennent faire leurs études de droit en Nouvelle-Écosse décident d'y rester.

[Text]

Dr. Cochrane: It is a vice versa situation, and I think that is one of the problems. There is not a lot of incentive to go to Nova Scotia. For instance, provincially they are not covered by the health care plan.

Mrs. Clancy: That was going to be my next question. I thought you possibly were not. I also suspect that given particularly the city of Halifax, which is the regional health care facility—Dalhousie Medical School—the gatekeeper tradition would probably be, if anything, even stronger than it might be in other cities.

• 1015

Dr. Cochrane: Yet they get along quite well, you see.

Mrs. Clancy: Well, there are only three of them to get along with.

Dr. Cochrane: That is true. Dr. Thorpe, who is on our board, who is from Halifax, is in the Fenwick Chiropractic Clinic, a part of that organization, and he works out very well with those people. But again, it has been built on a personal relationship and that type of situation. In some areas, again in Nova Scotia, like the rest of the country, if you get to know people on a very personal situation, then it works, as you say, at the grassroots level. But the over all access and getting reports and X-rays outside his own office are a problem.

Dr. Dunn: I have a comment, and it is a rhetorical question.

Mrs. Clancy: There is no such thing as a rhetorical question when I am on the other end, but go ahead.

Dr. Dunn: I will try. Where does the funding come from for health care provincially? The answer is that it comes federally to provincial. It is transfer payments for health care. If you people do not feel you have an influence on the provinces, you are mistaken. I think that grassroots is right, and it is happening. I have had ten, or is it twelve, medical physicians as patients of mine, and who continue to be on a periodic basis. That is one of my fortes. When I moved to Neepawa, a small community of 4,000 people, the medical community would have nothing to do with me, and I mean nothing. They would not take my phone calls. They would ignore me on the street.

A new fellow came to town one day and I said, come to my office and see what I do. My door is open. Come and see what I do with my patients. Because nobody knew what I did with my patients, they were afraid of it. So on a grassroots level it broke down. They have all been patients now. They send me patients. I have been in our hospital. I have been in our care home. But that is only by the grace of that one small community. It is not right.

Mrs. Clancy: It is a long battle if you do it on that basis.

Dr. Dunn: The other policies have to change. There is some question as to whether chiropractic is included or not included in the Canada Health Act. It is a very vague area as to whether federal transfer payments are actually made for

[Translation]

M. Cochrane: Je pense que c'est l'un de nos problèmes. Les gens ne sont pas vraiment motivés pour aller en Nouvelle-Écosse, notamment parce que le régime de soins de santé de la province n'assure pas le coût de nos services.

Mme Clancy: J'allais justement vous poser la question. Je pensais bien que c'était le cas. Je suppose également que dans la ville de Halifax en particulier, où se trouve la faculté de médecine de l'Université de Dalhousie, la profession médicale y serait probablement encore plus rigide que dans d'autres villes.

M. Cochrane: Et pourtant, ils s'entendent plutôt bien.

Mme Clancy: C'est parce qu'il y en a seulement trois.

M. Cochrane: Vous avez raison. M. Thorpe, qui est membre de notre conseil d'administration, vient de Halifax; il travaille à la *Fenwick Chiropractic Clinic*, qui fait partie de cet organisme, et il s'entend très bien avec ces gens. Mais encore une fois, c'est parce qu'il a réussi à établir des relations personnelles. Dans certaines régions de la Nouvelle-Écosse, comme dans le reste du pays, si vous avez des contacts très personnels, tout fonctionne bien, comme vous le dites, à la base. Le problème subsiste pourtant pour ce qui est de l'accès général, de l'obtention de rapports et de radiographies en dehors de son bureau.

M. Dunn: J'ai un commentaire à formuler et c'est peut-être une question de pure forme.

Mme Clancy: Quand c'est à moi qu'on pose une question, il n'existe pas de questions de pure forme, mais je vous en prie.

M. Dunn: Je vais essayer. D'où viennent les crédits dont une province dispose pour les soins de santé? En fait, c'est le gouvernement fédéral qui remet cet argent aux provinces. Il s'agit de paiements de transfert au titre des soins de santé. Vous avez tort, si vous pensez que vous n'avez pas d'influence sur les provinces. Vous avez raison de parler de changements à la base, et ils se produisent. J'ai 10 ou peut-être même 12 patients qui sont médecins et ils continuent d'avoir recours à mes services régulièrement. C'est l'un de mes points forts. Lorsque j'ai déménagé à Neepawa, une petite localité de 4,000 habitants, les médecins ne voulaient absolument pas entendre parler de moi. Ils ne voulaient pas répondre à mes appels téléphoniques. Ils faisaient semblant de ne pas me voir quand nous nous croisions dans la rue.

Un jour, un nouveau médecin est arrivé dans la ville et je lui ai dit de venir à mon bureau voir ce que je faisais. Je lui ai dit que ma porte était ouverte et qu'il pouvait venir voir ce que je faisais à mes patients. Les gens avaient peur, parce que personne ne savait comment je traitais mes patients. Je suis ainsi parvenu à briser la glace de base. Ils ont tous été mes patients et ils m'en envoient eux-mêmes maintenant. J'ai eu accès à notre hôpital et à notre foyer de soins infirmiers. Mais si j'ai réussi, c'est parce qu'il s'agit d'une petite localité.

Mme Clancy: C'est une longue bataille à livrer.

M. Dunn: Les autres politiques doivent changer. On se demande si les soins chiropratiques sont inclus ou non dans la Loi canadienne sur la santé. Il est difficile de savoir si des paiements de transfert fédéraux sont vraiment versés pour les

[Texte]

chiropractic care. You have the Maritimes with no coverage—they may not want coverage. I am not telling you that this is what chiropractors in the Maritimes want. But I think you are mistaken if you do not feel you have a very strong influence on provincial health care, gatekeepers regardless, because their bread is buttered on the same plate too.

Mrs. Clancy: I was not at all suggesting that the federal influence on the provincial health care administration is not strong. What I was saying, and I suspect—I hesitate to interpret Dr. Cole—that John felt the same way I did, that there would have to be more of a public demand at the grassroots level to create the political will at the federal level—

Dr. Cole: And provincial as well.

Mrs. Clancy: Exactly. That is what I am saying. Obviously in the maritime provinces you would have a problem because of the small number of practitioners. For example, I consider myself reasonably well informed and I had no idea how many chiropractors there were in my province.

At any rate, I would presume that in the rest of the Atlantic region probably the incidence is even smaller. It is not a question of whether the influence can be brought to bear, it is a question of the political will creating the influence. I guess that is what I am saying.

I understand your situation with regard to access to your patients in hospitals. What about in senior citizen facilities?

Dr. Dunn: It is the same problem.

Mrs. Clancy: Perhaps you could explain it to me. Are we talking about homes for special care? Clearly, we are not talking about seniors' complexes.

Dr. Dunn: We are talking about nursing homes where there is a medical director, that type of thing. The patient can come out to my office, but I cannot go in. I am not 100% sure, but I think in Alberta in the provincially owned nursing homes there is something in the law that says chiropractors cannot go in.

• 1020

Mrs. Clancy: So there is an absolute prohibition in Alberta. I presume there are facilities like this in other provinces.

In Nova Scotia we have senior citizen complexes that are 90% independent; in other words, they have apartments. But there is usually a nurse on duty 24 hours a day. So you would not have a problem making house calls in situations like that.

Dr. Cochrane: Not in the apartments, but in the infirmary area you might.

Mrs. Clancy: With regard to the cost of educating chiropractic students, I realize the maximum student loan would not cover the maximum cost. Are chiropractic students eligible to apply for student loan programs?

[Traduction]

soins chiropratiques. Dans les Maritimes, ces soins ne sont pas assurés—on ne veut peut-être pas qu'ils le soient. Je ne dis pas que c'est ce que veulent les chiropraticiens des Maritimes. J'estime toutefois que vous avez tort si vous pensez que vous n'avez pas beaucoup d'influence sur les soins de santé provinciaux, qu'il y ait des gardiens du régime ou pas, parce que l'argent vient du même endroit.

Mme Clancy: Je ne voulais aucunement dire que l'influence du gouvernement fédéral sur l'administration des soins de santé dans les provinces n'est pas grande. J'hésite pas interpréter les paroles de M. Cole, mais je disais simplement que tout comme John, je pense qu'il faudrait une demande beaucoup plus grande à la base, pour créer la volonté politique au niveau fédéral. . .

M. Cole: Et des gouvernements provinciaux.

Mme Clancy: En effet. C'est ce que je dis. Il y aurait évidemment un problème dans les Provinces Maritimes parce qu'il y a trop peu de praticiens. Je considère que je suis une personne relativement bien informée et pourtant j'ignorais combien ma province comptait de chiropraticiens.

Quoiqu'il en soit, je suppose qu'il y en a encore moins dans le reste de la région atlantique. La question n'est pas de savoir si le gouvernement possède l'influence nécessaire, il s'agit plutôt de savoir si la volonté politique est là. C'est tout ce que je veux dire.

Je comprends votre situation en ce qui concerne l'accès à vos patients dans les hôpitaux. Qu'en est-il des installations pour personnes âgées?

M. Dunn: Le même problème existe.

Mme Clancy: Vous pourriez peut-être m'expliquer. Parlons-nous de foyers où l'on dispense des soins spéciaux? Nous ne parlons évidemment pas de complexes pour les personnes âgées.

M. Dunn: Nous parlons de foyers de soins infirmiers où l'on trouve un directeur médical en poste. Un patient peut venir me voir à mon bureau, mais je ne peux pas aller le voir où il habite. Je ne suis pas absolument sûr, mais je crois qu'en Alberta, la loi dit que les chiropraticiens ne peuvent pas aller exercer leur profession dans les foyers de soins infirmiers appartenant à la province.

Mme Clancy: C'est donc absolument interdit en Alberta. Je suppose qu'il y a des installations de ce genre dans d'autres provinces.

En Nouvelle-Écosse, nous avons des complexes pour personnes âgées dont le taux d'indépendance est de 90 p. 100; autrement dit, les résidents ont des appartements. Il y a toutefois habituellement une infirmière de service 24 heures sur 24. Vous n'auriez donc pas de difficulté à faire des visites à domicile dans des cas semblables.

M. Cochrane: Aller dans les appartements de présenterait pas de difficulté, mais il n'en serait pas ainsi pour l'infirmerie.

Mme Clancy: En ce qui concerne le coût des études chiropratiques, je me rends compte que le prêt-étudiant le plus élevé ne suffirait pas. Les étudiants dans cette discipline sont-ils admissibles aux programmes de prêt-étudiant?

[Text]

Dr. Dunn: Yes, they are. We figure it costs a student about \$21,000 a year to go to CMCC. That is pretty expensive. And there is another area. We are the one college in Canada, and there are absolutely no dollars coming to us from any government agency.

You talk about gatekeepers. We have seriously been trying to negotiate university affiliation. The Ontario Advisory Council on Health and Occupational Safety, back about 1973, said we should be in a university complex.

In the early 1970s I spent a lot of time negotiating with universities, and again what it came down to was we have to be in a health science complex. So we had McMaster, and we had U of T, and Western. They did not want to bother with us. We get into a real catch-22 situation. Whereas a university like Brock University was very interested in accepting us and building their science program around us as pre-chiropractic or pre-medicine or pre-dentistry, but that was dropped because of pressures from the medical profession, plus Bette Stephenson, who at that time was Minister of Education and Colleges and Universities. She was not very interested at all in talking to us in that area.

The Chairman: I am from Alberta, and I do not know whether it is the same in other areas, or if it has changed over the years, but at one time there were a lot of people who practised some type of health care similar to what you do, unlicensed, in their homes or in other areas. There was quite a bit of that going on. Has that diminished somewhat? Are there still people doing it?

Dr. Cochrane: Yes.

The Chairman: Quite frankly, I do not think it did your profession very much good.

Dr. Cochrane: It did not.

The Chairman: There was a lot of that at one time, and I just wondered if that had changed.

Dr. Cochrane: I can speak primarily for Ontario. There is very little of it in Ontario, but there are still people who manipulate spines who are not qualified. I say this honestly; there are weekend courses that physicians take. There is one in my area, and I quite often see the problems that result from somebody who is not doing it on a regular basis. Sometimes massage therapists try to manipulate spines, that type of thing. It is not as prevalent as it was a number of years ago, and that is because everybody in all the health professions is starting to realize that spinal manipulation is a very significant art and that it is something which if you do not do it right, you can create a lot of problems.

[Translation]

M. Dunn: Oui, ils le sont. Nous estimons qu'il en coûte environ 21,000\$ par année à un étudiant pour fréquenter le *Canadian Memorial Chiropractic College*. C'est plutôt cher. Je signale en passant que c'est le seul collège du genre au Canada et que nous ne recevons absolument aucun crédit d'un organisme gouvernemental.

Vous parlez de gardien; or, nous avons vraiment tenté de négocier notre affiliation à une université. Le Conseil consultatif de l'Ontario sur la santé et la sécurité au travail a dit vers 1973 que nous devrions nous installer dans un complexe universitaire.

Au début des années 70, j'ai passé beaucoup de temps à négocier avec des universités et le problème provenait du fait que nous devons faire partie d'un complexe des sciences de la santé. Nous nous étions adressés à l'Université McMaster, ainsi qu'à l'Université de Toronto et à l'Université Western, mais personne ne voulait de nous. Nous nous retrouvons donc dans une véritable impasse. Une université comme l'Université Brock était tout à fait prête à nous accepter et à édifier son programme des sciences autour du nôtre, en offrant un programme préparatoire aux études chiropratiques, ou un cours prémédical, ou encore un cours préparatoire à l'art dentaire, mais le projet a échoué à cause de pressions exercées par la profession médicale, ainsi que par Bette Stephenson, qui était alors ministre de l'Éducation, des Collèges et des Universités. Elle le tenait pas du tout à parler avec nous de cette question.

Le président: Je viens de l'Alberta et j'ignore si la situation est la même dans d'autres régions, ou si elle a changé ces dernières années, mais il fut un temps où beaucoup de gens dispensaient le même genre de soins de santé que vous, dans leur maison ou ailleurs, sans aucun titre professionnel. C'était très répandu. Le nombre de praticiens de ce genre a-t-il diminué? Est-ce qu'il y a encore des gens qui font ce genre de choses?

M. Cochrane: Oui.

Le président: Je vous dis franchement que votre profession en a souffert, à mon avis.

M. Cochrane: En effet.

Le président: C'était très courant à une certaine époque et je me demandais si la situation avait changé.

M. Cochrane: Je peux vous parler surtout de l'Ontario et je peux vous dire que ce n'est pas très courant dans cette province, mais qu'il y a tout de même encore des gens qui font des manipulations vertébrales sans avoir les qualifications. Je vous le dis honnêtement, il existe des cours de fin de semaine que des médecins suivent. Un tel cours existe dans ma région et je vois très souvent des problèmes causés par des gens qui ne pratiquent pas de façon régulière. Des masseurs essaient parfois de faire des manipulations vertébrales et autres soins du genre. Ce n'est pas aussi courant que dans le passé, et c'est probablement parce que tous les praticiens du secteur de la santé commencent à se rendre compte que les manipulations vertébrales constituent un art très particulier et que si cet art n'est pas pratiqué correctement, on peut créer bien des problèmes.

[Texte]

Dr. Dunn: We are prosecuting quite regularly in Manitoba people who hold themselves out to be chiropractors. Our new act, brought in in 1984, which I was involved in, gave us a better advantage in terms of pursuing these individuals who are unlicensed manipulators, if you like. So it is diminishing.

Mr. White (Dauphin—Swan River): Let me join my colleagues in welcoming Dr. Cochrane and Dr. Dunn here today.

Just to follow up on that last point, when many Canadians think of holistic medicine, they think of sort of basement or back-room unqualified practitioners. But am I right that for chiropractors it is four years of very intensive training in the one school we have?

• 1025

Dr. Cochrane: We have four years at CMCC, plus you need two years of pre. The majority of students have a degree before they come in, so you are looking at at least six to seven years of very intensive training.

Mr. White: The major issue that has come up so far today—and it shows up in your brief as well, and we have discussed it—is access to the publicly managed facilities, such as personal care homes and hospitals. Can you point to any other country that treats chiropractic differently, where there is access to the health care system in a larger way than we have?

Dr. Dunn: There is an unwitting case where this is true. In the United States several years ago a group of chiropractors in the Chicago area initiated an anti-trust suit against the American Medical Association and others for limiting the development of chiropractic and in fact attempting to annihilate our profession in the United States. This case was heard and decided upon and has gone to appeal and been decided upon in favour of the chiropractors. In other words, it was decided and proven there was a specific agenda on the part of the American Medical Association and other associated medical groups to limit access to chiropractors and limit chiropractors' access to patients and so on.

Once that case was decided, it has removed a major impediment to chiropractors becoming involved in hospitals in the United States. It started with a little trickle and it has created a real groundswell. They are finding that for those difficult back cases under concurrent care from medical doctors and chiropractors, as opposed to those just under the care of an orthopedic surgeon or an orthopedist's care in another hospital, where the two work together, they get better more quickly. They have fewer hospital days for the same types of problems; they have better resolution of the problems, and so on. Now, as far as I know, there has not been any hard research done on that in the study I gave you, but it is coming.

In Canada there is one glowing example where this is occurring. At University Hospital in Saskatoon in 1978 a joint research project was initiated between chiropractors and medical doctors, and physiotherapists and others, in the

[Traduction]

M. Dunn: Nous intentons très régulièrement des poursuites au Manitoba contre des personnes qui se disent chiropraticiens. J'ai participé à la rédaction de notre nouvelle loi, adoptée en 1984, et grâce à elle nous sommes maintenant mieux placés pour poursuivre les manipulateurs sans licence, si vous voulez. Leur nombre diminue donc.

M. White (Dauphin—Swan River): Je tiens à me joindre à mes collègues pour souhaiter la bienvenue à M. Cochrane et à M. Dunn aujourd'hui.

À propos de ce que vous venez de dire, lorsque les Canadiens pensent à la médecine globale, c'est souvent aux charlatans ou au guérisseurs de tout acabit qu'ils pensent. J'ai cependant raison, n'est-ce pas, de dire que les chiropraticiens doivent subir une formation très intensive de quatre ans dans la seule école que nous ayons?

M. Cochrane: Le cours donné au CMCC dure quatre ans, et il est précédé de deux ans de cours préparatoires. La plupart des étudiants possèdent déjà un diplôme en arrivant au collège, ce qui signifie qu'ils ont une formation très intensive d'au moins six à sept ans.

M. White: La principale question dont nous avons discuté aujourd'hui et celle qui ressort également de votre mémoire, est celle de l'accès aux installations administrées par l'État, c'est-à-dire les foyers de soins infirmiers et les hôpitaux. Connaissiez-vous un pays où l'on traite les chiropraticiens d'une façon différente, c'est-à-dire où ils ont davantage accès au régime de soins de santé?

M. Dunn: C'est arrivé d'une façon un peu involontaire, aux États-Unis. Il y a plusieurs années, un groupe de chiropraticiens de la région de Chicago a intenté une poursuite antitrust contre l'*American Medical Association* et d'autres groupes, parce qu'ils limitaient le développement de notre profession et tentaient en fait de la faire disparaître aux États-Unis. L'affaire a été entendue et jugée, puis la cause a été portée en appel et le jugement final a été rendu en faveur des chiropraticiens. En d'autres mots, il a été jugé et prouvé que l'*American Medical Association* et d'autres groupes d'associations médicales s'étaient vraiment fixés comme programme de restreindre l'accès aux chiropraticiens et de restreindre l'accès des chiropraticiens à leurs patients.

Ce jugement a supprimé un obstacle important à l'accès des chiropraticiens aux hôpitaux aux États-Unis. Les débuts ont été plutôt lents, mais le mouvement a vraiment pris de l'ampleur. On se rend maintenant compte que dans les cas compliqués de maux de dos, les patients se rétablissent plus rapidement lorsqu'ils sont traités en même temps par des médecins et des chiropraticiens plutôt que d'être soignés uniquement par un orthopédiste. Pour le même type de problème, le séjour à l'hôpital est plus court, le rétablissement est meilleur et ainsi de suite. Pour autant que je sache, l'étude dont je vous ai parlée ne comportait pas de recherches poussées sur cette question, mais ce sera fait bientôt.

Au Canada, nous avons un merveilleux exemple de ce genre de collaboration. À l'hôpital universitaire de Saskatoon, des chiropraticiens, des médecins, des physiothérapeutes et d'autres spécialistes ont lancé un projet de recherche conjoint

[Text]

University Hospital setting. They have gone through several research protocols now. What they were looking at was failed low back cases that nobody else could handle. They were sending them to this University Hospital and asking what should be done with them: do they need more surgery and so on? They were manipulating and adjusting these people prior to any surgery being done, and a good percentage of those were recovering. A very high percentage in this intensive environment of the hospital were recovering and not needing to go on to the second or third surgery or what have you. Parts of that research have been written up not only in chiropractic journals but also in the Canadian medical journals and *Spine* and so on.

That also has had a beneficial effect, but the trickle is too slow, and not only for our liking. I know political will is one thing, the groundswell of the population saying, yes, give us chiropractic care and so on, or give us some of these other groups, but you have a fiscal responsibility. If you as an intelligent individual see a piece of research that indicates that it is going to save you millions of dollars if you refocus your attitude on certain types of low back pain and facilitate the access to the groups who have been proven to be economically more viable in that area, you are going to save millions of dollars. In this day and age of rising taxes and all sorts of other things, what more do you need for political will? I think the political will is here, and it is not even a partisan political will.

Mr. White: My next question is in two parts. I do not want to put you on the spot, but I would appreciate your response to it.

• 1030

In the first part of your presentation you mentioned different provinces and how your services are treated differently for government funding. You mentioned that Saskatchewan pays the entire fee. I am wondering why. Does Saskatchewan know something the rest of the country does not know?

Secondly, being from Manitoba, my son has been going to a chiropractor recently and I think it is a \$5 fee on top of the regular fee that is paid by the Manitoba Community Health Services Commission. Do you think this \$5 fee is preventing people from visiting chiropractors because there is no such fee in the medical community? Do you think your services would be better used if there were no fee for chiropractic services? Or would it prevent access if a similar fee were used right across the whole medical field, whether it is chiropractors, medical doctors, etc.?

Dr. Cochrane: I think chiropractic could be an excellent study in utilization and user fees versus no user fees. So far with the information we have been able to gather, if we compare, for instance, Saskatchewan and Alberta, where there is no user fees in Saskatchewan but there is in the province of Alberta, the utilization is very similar.

[Translation]

en 1978. Ils ont maintenant terminé plusieurs protocoles de recherche. Ils recherchaient des cas de lombalgie que personne d'autre n'avait pu traiter. Ils envoyaient ces patients à l'hôpital universitaire et demandaient s'ils devaient subir une autre intervention chirurgicale ou d'autres formes de traitements. On pratiquait des manipulations et des ajustements sur ces patients avant de leur faire subir une intervention chirurgicale et une bonne proportion d'entre eux se rétablissaient. Un pourcentage très élevé des patients envoyés à l'hôpital se rétablissaient sans avoir besoin d'une deuxième ou d'une troisième intervention chirurgicale ou de tout autre traitement. Des articles ont paru sur ce projet de recherche non seulement dans des journaux sur la chiropratie, mais aussi dans les revues médicales du Canada ainsi que dans la revue *Spine* et ailleurs.

La situation s'est améliorée, mais les effets prennent trop de temps à se faire sentir et nous ne sommes pas les seuls à le penser. Je sais que la volonté politique est une chose, la population qui demande en masse d'avoir accès à des soins chiropratiques et à d'autres, mais vous avez une responsabilité financière. Si un document de recherche démontre que vous économiserez des millions de dollars en changeant votre attitude au sujet de certains types de lombalgie et en facilitant l'accès des groupes dont les soins se sont révélés plus rentables, vous êtes suffisamment intelligents pour le reconnaître. En cette époque de hausse d'impôts et d'autres problèmes, que vous faut-il d'autre pour vous donner la volonté politique d'agir? Je pense que la volonté politique est là et qu'elle n'est même pas partisane.

M. White: Ma prochaine question comporte deux volets. Je ne veux pas vous mettre sur la sellette, mais je vous serais reconnaissant de bien vouloir répondre.

Dans la première partie de votre présentation vous avez dit comment différentes provinces traitaient différemment vos services, pour ce qui est du remboursement par l'État. Vous dites que la Saskatchewan rembourse entièrement. Je me demande pourquoi. Quelle différence y a-t-il entre la Saskatchewan et le reste du pays?

Deuxièmement, étant moi-même du Manitoba, je tiens à signaler que mon fils a eu récemment recours aux services d'un chiropracteur, et qu'il paye \$5 en plus de ce qui est remboursé par la Commission du Manitoba des services de santé communautaires. Pensez-vous que ces \$5 empêchent certaines personnes de consulter un chiropracteur, puisque l'on n'a pas à payer ces \$5 si l'on va voir un médecin? Est-ce que vos services seraient mieux utilisés s'il n'était pas nécessaire de payer ces \$5? Que se passerait-il si la même règle était appliquée à tout le domaine médical, que ce soit les chiropraticiens ou des médecins etc.?

M. Cochrane: L'exemple des chiropraticiens pourrait très bien servir de test à une étude sur les conséquences possibles du ticket modérateur. L'information que nous avons pu rassembler jusqu'ici, en comparant notamment le cas de la Saskatchewan à celui de l'Alberta, l'une imposant le ticket modérateur l'autre pas, nous permet de dire que cela n'a pas grande incidence sur l'utilisation des services.

[Texte]

Just to go back a bit, a number of years ago—and I forget exactly which year—a \$500,000 study actually funded by the federal government resulted in a research report titled *Chiropractors: Do They Help?*, produced by M. Kelner, O. Hall and I.D. Coulter, sociologists from the University of Toronto medical facility. It basically showed—and it is still significant—that patients come to chiropractors for a specific problem. They do not go to both the chiropractor and the M.D. It is one or the other.

The cost factors are basically the same. It is not duplicating costs. Also the utilization factors, as I say, with this other situation, are that it does not matter whether you are into a chiropractor who does not have an extra billing or balance billing fee or one who is strictly on the insurance plan. The utilization appears to be the same.

Dr. Dunn: I will likely have several comments, but the main comment I would make is that I think I am likely a good study on what the \$5 fee or billing this fee for services not insured by the health care plan would do. In Manitoba until approximately three years ago we could not charge in excess of the medical plan other than for services that were specifically defined, such as X-ray, ultrasound and so on. The Community Health Services Commission Act changed and it allowed us to start billing extra. The only thing the health services paid us for was the actual adjustment. Anything else was chargeable and it is chargeable. Most of us do charge a \$5—or-so fee.

When I implemented it three years ago, my practice volume dropped about 20%, I would say, in the first year; just the shock value of it. I would say now I am back up likely to about 95%, maybe 92% or 93%, of volume, the same as I was before we implemented the fee.

The other thing that happens when you start charging a fee is that you become more socially responsible, or at least it seemed to happen in my particular case and in cases of others with whom I talked, especially in a smaller community. You get to know the people who are unable to afford the fee and you react in a way that allows them to come in without paying the fee. Without embarrassing them and so on, you make it clear to them that they are not going to be ever denied care, whether or not they can pay for it.

Our services are also limited in Manitoba. In other words, medicare will pay for only 15 visits per year. In Saskatchewan, where it is the only true study of what medicare does to chiropractic care because it is totally covered there, including some X-ray coverage, it is shown that 80% of the people who see chiropractors have less than 12 visits, or 12 and less visits. So only 20% of the people who see chiropractors in that area where it is totally covered go

[Traduction]

Remontons à il y a quelques années—je ne me souviens plus exactement combien—une étude de 500.000\$ financée par le gouvernement fédéral avait abouti à la publication d'un rapport de recherche intitulé *Chiropractors: Do They Help?*, réalisé par les sociologues, M. Kelner, O. Hall et I.D. Coulter, du Département de médecine de l'Université de Toronto. Cette étude montre—et elle reste pertinente—que les patients des chiropraticiens les consultent pour des affections bien particulières. Et en général ils ne vont pas voir un chiropraticien et un médecin. C'est l'un ou l'autre.

Le facteur coût reste le même. Il n'y a donc pas multiplication par deux des frais, et l'utilisation des services, comme je le disais à propos du cas que vous citez, reste à peu près la même, qu'il y ait surfacturation, versement de la différence de ce que paye l'assurance, ou remboursement complet par celle-ci. Il semble que la fréquentation reste la même.

M. Dunn: J'ai plusieurs choses à vous dire, mais pour l'essentiel je pense que l'on pourrait prendre mon exemple pour étudier quelles sont les conséquences possibles de ces 5\$ supplémentaires non remboursés, ou exigés pour des services qui ne sont pas couverts par l'assurance. Au Manitoba, jusqu'il y a trois ans environ, nous n'avions pas le droit de facturer en sus de ce qui était couvert par l'assurance, sauf pour certains services définis de façon très précise, tels que la radiologie, les ultrasons etc. La Loi sur la commission communautaire des services de santé a modifié notre régime, et permet la surfacturation. La seule chose remboursée, c'est la manipulation à proprement parler. Tout le reste peut donner lieu à une facture supplémentaire. La plupart d'entre nous demandons effectivement ces 5\$.

Lorsque j'ai appliqué cela il y a trois ans, mon activité a chuté de 20 p. 100, au cours de la première année, sous l'effet du choc. Mais je peux dire que je suis maintenant de retour à 95 p. 100, peut-être 92 ou 93 p. 100 du niveau d'activité qui était le mien par le passé, c'est-à-dire avant l'application de la surfacturation.

L'autre aspect de la question est celui de la responsabilité sociale à partir du moment où vous imposez un honoraire non remboursé; c'est du moins l'impression que j'ai eue, et qu'on pu également avoir des collègues avec qui j'en ai parlé, particulièrement dans les petites localités. Vous connaissez ceux qui ne pourront pas payer cet honoraire supplémentaire, et vous vous arrangez pour que ces patients puissent quand même venir sans avoir à payer en plus. Sans les embarrasser trop, vous leur expliquez que vous n'allez pas leur refuser vos services, qu'ils puissent payer ou non.

Mais ajoutons qu'au Manitoba il y a une limite au nombre de visites, puisque l'assurance médicale ne paye que 15 visites annuelles. En Saskatchewan, où nos services sont entièrement remboursés par l'assurance médicale, y compris les actes de radiologie, l'étude montre que 80 p. 100 des patients des chiropraticiens les voient 12 fois par an au moins. Vingt pour cent seulement donc dépassent les 12 visites annuelles. La moyenne de ces visites, en

[Text]

beyond 12 visits per year. In Saskatchewan the average number of visits per patient is about 6.6 per patient per year. In other words, people do not tend to go on and on and on. Some people do; some people only have one visit. But the average is 6.6 per year where it is totally covered.

I would say that in our area in Manitoba we have not had, as far as I know, recent statistics. Because of cutbacks in medicare they do not want to chew out all these statistics. I guess it is computer time and so on. A few years ago when we did get the statistics, I think for my particular practice at that time it was 4.8 or 5 visits per year per patient. I do not think fees are making a big difference.

The other thing is that if you limit access to an emergency type of care that is life-saving—for example, if you charged somebody when they had to go to the hospital if they had a heart attack or that sort of thing—it is a little different from somebody with back pain. It is not a life-threatening type of condition. So there is some difference between medicine and chiropractic in terms of comparison for charging an extra fee. I am not saying it is necessarily a totally valid one, but there is another basis for it.

Mr. White: The reason I asked the question is tied to the discussion we had earlier about political will. Whether we as politicians want to admit it or not, given our crisis, and I think it is a crisis in health care funding, we are going to have to look at whether or not user fees will hurt the people the system is intended to help. I think if we could have a discussion in Canada on that and stay away from the political partisanship that would undoubtedly go along with such a discussion, it would be helpful for the health care system.

Dr. Dunn: I think our profession would be a really interesting one to study in that regard, because in some cases it is not covered at all under the medicare plans. In some cases it is partly covered, and in one case it is totally covered. There is a wonderful case in study for the federal Department of Health and Welfare to see what it really does and, in the case of Manitoba where you could not charge before and now you can, to look at the medicare statistics and see what happened. There is a good case in point. There is where we can maybe be of help to you to see exactly what does happen when there is a fee other than the medicare fee. It is a very interesting case. You have the spectrum from total to none.

The Chairman: I think you pretty much answered the question I was going to raise with you about the fee for service and the cap on it. I can recall, as I mentioned earlier, when I was using the services, and it seemed to me in Alberta at that time it was 18 or 20 visits. I was wondering whether that had changed.

[Translation]

Saskatchewan, est de 6,6 visites par patient et par an. Ceux-ci ne prolongent donc pas le traitement indéfiniment. Certains le font; d'autres ne voient leurs chiropraticiens qu'une fois. Mais la moyenne est de 6.6 visites par an, dans cette province où les soins sont entièrement remboursés.

Le Manitoba ne dispose pas, que je sache, de statistiques récentes à ce sujet. En raison des compressions budgétaires qui touchent également le système méco-hospitalier, les statistiques n'ont pas pu être collectées, puisque finalement cela se paie en temps d'ordinateur etc. Il y a quelques années, lorsque nous avons eu des statistiques là-dessus, je pense que dans mon propre cas j'en étais à 4.8 ou 5 visites par an et par patient. Je ne pense donc pas que la surfacturation change grand-chose.

Je pense par ailleurs qu'il faille faire une différence entre quelqu'un qui a simplement mal au dos et quelqu'un qui aurait absolument besoin de services hospitaliers en cas de crise cardiaque, c'est-à-dire de situation d'urgence où la vie du patient est en jeu. Limiter dans ce cas l'accès à ces services est autre chose. Nous n'avons pas affaire à des situations de vie ou de mort. Il faut à cet égard, et puisque nous parlons de surfacturation, faire la distinction entre la médecine et la chiropratie. Même si cette distinction n'a pas une valeur absolue, je pense que la surfacturation ne prend pas la même valeur.

M. White: J'ai posé la question par rapport à ce que nous avons dit tout à l'heure à propos de la volonté politique. Que les hommes politiques le reconnaissent ou non, étant donné la situation de crise dans laquelle nous nous trouvons, crise du financement des services de santé, nous allons être obligés de réfléchir aux répercussions possibles d'un ticket modérateur sur les utilisateurs d'un système qui est là pour les aider. Si au Canada nous pouvions laisser de côté les querelles partisans qu'une telle discussion ne manquera pas de soulever, le système médico-hospitalier ne pourrait qu'en bénéficier.

M. Dunn: Je pense qu'à ce sujet notre profession serait très intéressante à étudier, puisque dans certains cas nous ne sommes absolument pas couverts par l'assurance médicale. Dans certains cas, nos services sont en partie remboursés, et ils le sont complètement dans une des provinces canadiennes. Voilà donc un cas idéal pour une étude du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social, que l'on pourrait ensuite comparer à celui du Manitoba ou la surfacturation est maintenant autorisée. Il serait intéressant de faire des comparaisons statistiques à ce sujet. Nous pourrions peut-être vous être de quelque utilité, si vous voulez étudier les incidences de la surfacturation. Tout cela est très intéressant, puisque vous avez l'éventail de toutes les possibilités, du remboursement total à l'absence totale de remboursement.

Le président: Je pense que vous avez répondu à la question que je voulais moi-même poser sur vos honoraires et sur les plafonds qui sont imposés aux visites remboursées. À l'époque où j'ai eu recours à vos services, c'était en Alberta, on en était à 18 ou 20 visites. Je voulais savoir si la situation avait changé.

[Texte]

I think you indicated a case in Manitoba of 15. I guess I was one of a few who did go over on it, and I was made very much aware of the difference that made to a lot of people when they got over that. They probably felt they had either had sufficient treatment or they could not continue on. I assume most provinces are using a cap of some type, 15 or in that area.

Dr. Cochrane: Most of the provinces do, yes.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I would like to welcome both Dr. Cochrane and Dr. Dunn and, if I may say, particularly Dr. Dunn, being a Manitoban. That is not being biased.

You have raised a very intriguing challenge to the committee insofar as trying to look at the need for integrated health care. But before I go to that in terms of questions, and because user fees have been mentioned as one possible solution, to which approach I strongly object, I would just like to indicate to you that the Rand Corporation did a study, and although it did show that the demand for medical care and fees for service could be affected in the appropriate way, the disheartening component of the results of other studies indicate that it also discourages the use of the necessary health care services.

• 1040

When we speak of delivery of health care services, we cannot allow a proportion of patients to be discouraged, because it would be a matter of life and death. But I will not pursue that issue with you. It is something with which the committee will wrestle.

Are you aware of the problem of double-doctoring, if I might call it that, whereby patients have visited the medical doctors and, in the other instance, the chiropractors, and vice versa? Are you aware of any studies?

Dr. Dunn: I am not sure of any studies, but it certainly happens. There is no question that there is duplication of services, and widely so. In some cases having a chiropractor and a medical doctor work on a case together brings it to a quicker conclusion at a greater benefit to the patient, in less time and so on.

I do a lot of that concurrent type of work. But as a duplication where it is blind to the other, I know it happens.

Mr. Pagtakhan: I was referring more to the blind one whereby it involves unnecessary use of either system, if I may say it. The consultation, I agree too, has to happen.

You indicated that your clinics do the diagnostic X-rays. I have a series of questions on that. Who owns the units? Who orders the tests? Could there be a possible conflict of interest in that you would like to order the tests because you would like to generate fees? It is a straightforward question.

[Traduction]

Vous avez parlé de 15 visites au Manitoba. Je fais partie de ces quelques patients qui ont dépassé cette limite, et j'ai pris très nettement conscience de ce que cela pouvait signifier pour beaucoup de gens qui avaient besoin de plus de séances que cela. Pour les autres, ou ils ont eu le sentiment que cela suffisait, ou ils ne pouvaient simplement plus continuer. Je suppose que dans la plupart des provinces, on plafonne le nombre des visites à 15 par exemple.

M. Cochrane: Oui, la plupart des provinces imposent un plafond.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Je souhaite la bienvenue à MM. Cochrane et Dunn, et tout particulièrement à M. Dunn, puisque je suis moi aussi du Manitoba. Cela dit sans aucun parti pris spécial.

Vous avez soulevé la question très délicate des services de santé intégrés. Mais avant de vous interroger là-dessus, et puisque l'on a parlé du ticket modérateur, solution avec laquelle je ne suis pas du tout d'accord, j'aimerais vous signaler que la Rand Corporation a fait une étude, selon laquelle il semble que l'on doive pouvoir modifier la relation entre la demande de services médicaux et les honoraires perçus dans le sens souhaité, alors que d'autres études indiquent malheureusement que le ticket modérateur aurait également un effet dissuasif sur les patients des services de soins de santé nécessaires.

Or, lorsque nous parlons de services de santé, nous ne pouvons pas tolérer qu'un certain pourcentage de patients soient dissuadés de recourir à ces services, puisque dans certains cas c'est une question de vie et de mort. Mais je ne vais pas en discuter plus longtemps avec vous, laissons cela pour le moment au comité.

Avez-vous conscience de l'existence d'un problème de double emploi, si je puis dire, certains patients rendant visite à un médecin, puis à un chiropracteur, ou vice versa? Y a-t-il eu des études là-dessus?

M. Dunn: Je ne sais pas si l'on a fait des études là-dessus, mais cela arrive. Il ne fait aucun doute que nos services font parfois double emploi, et même assez souvent. Mais dans certains cas, et pour le plus grand profit du malade, il est utile d'associer sur un même cas les efforts du chiropracteur et du médecin, qui arrive ainsi à une conclusion plus rapidement etc.

Cela m'arrive très souvent. Mais que les deux puissent travailler en parallèle, sans être au courant, je sais aussi que cela se produit.

M. Pagtakhan: C'est surtout à ce genre de situation que je pensais, puisque cela charge inutilement notre système, si je puis dire. Mais je suis d'accord, il y a aussi des cas où vous pouvez vous consulter mutuellement.

Vous dites que vos cliniques font des radiographies. J'ai plusieurs questions à poser là-dessus. Qui est propriétaire des installations? Qui prescrit la radiographie? Y aurait-il là possibilité de conflit d'intérêt, puisque vous pourriez à la fois prescrire la radiographie, et empocher les honoraires? Ma question est très franche.

[Text]

Dr. Dunn: I will answer the last part of that first, as to whether there could be a conflict of interest. I assure you that owning a diagnostic radiology facility, when you are a single practitioner or even in a very small group, is not a matter for making money. There is potential for conflict any time you are ordering and dispensing. There is no question about that. But we have, in our case, no option. If we do not do it ourselves, nobody is going to do it for us, certainly on a widespread basis. We must have access to these X-rays, and in order to have access we either have to own our own lab or use a lab that is owned by another chiropractor or group.

Mr. Pagtakhan: What quality control within your association has there been to monitor that the system operates in an appropriate fashion?

Dr. Dunn: I am not sure. I will not comment for all of Canada, but I know in Manitoba our machines are monitored. I believe it is the Canadian Cancer Society. I could be wrong, but somebody does monitor our X-ray machines on a regular basis to be sure they are not emitting too much or improper radiation and so on. Plus, quality control occurs in two other ways in Manitoba. All X-rays taken for workers compensation cases are submitted for review, and the same with the Manitoba Public Insurance Corporation which is our auto insurance which covers—of course, you know since you are from Manitoba—everyone.

A cross-section of X-rays is always being reviewed, and if there are quality control problems in terms of the quality of these X-rays they are quickly brought to the fore.

Mr. Pagtakhan: That is one aspect, but I was alluding to the question of auditing of appropriate indication for the tests, and therefore costs.

Dr. Cochrane: What you are asking is whether or not the test is needed, in other words, whether we need an X-ray or do not need an X-ray. Of course, that all ties in with your consultation and your examination, and once you have done your consultation/examination, then we would determine what X-rays we need, or if we need X-rays.

Mr. Pagtakhan: Given 100 patients over a period of time, what would be the likelihood of this group of patients having an X-ray done? Proportion-wise?

Dr. Cochrane: If I talk about my office I would probably say 90%, maybe even higher, and the reason for that is that I work with it as a mechanical function and I need to see what I am working with. Unless it is a very acute situation, or a very young individual, or somebody who is pregnant or whatever the situation is that may counteract taking X-rays. I am not going to take the chance of harming that individual when I am going to be manipulating that spine. I want to know what is there and what I am working with.

[Translation]

M. Dunn: Je vais d'abord répondre à la dernière partie de votre question, concernant le conflit d'intérêt. Je puis vous assurer que des installations de radiologie, destinées aux diagnostiques, que vous soyez seul ou en association, n'ont pas pour fonction de remplir les poches des praticiens. Il y a évidemment toujours possibilité de conflit d'intérêt lorsque vous prescrivez et dispensez les soins. Cela ne fait aucun doute. Mais dans notre cas nous n'avons pas le choix. Si nous ne le faisons pas nous-mêmes, personne ne va le faire pour nous, sauf exception. Nous devons disposer d'installations de radiologie, soit que nous en soyons propriétaires, soit que nous ayons accès aux appareils d'un autre chiropracteur, ou cabinet de chiropracteur.

M. Pagtakhan: Votre association a-t-elle fait procéder à des inspections permettant de garantir que le système fonctionne bien?

M. Dunn: Je ne sais pas. Je ne vais pas ici parler pour l'ensemble du Canada, mais je sais qu'au Manitoba nos appareils sont vérifiés. Par la Société canadienne du cancer, si je ne me trompe. Peut-être me trompé-je, mais je sais que l'on vérifie l'état de nos appareils de façon régulière, pour être sûr qu'ils n'émettent aucune radiation indésirable etc. Mais au Manitoba, ce contrôle de qualité a également lieu sous deux autres formes. Toutes les radios qui sont prises afin d'indemniser les victimes d'accidents du travail sont examinées, et notre assurance automobile, la Manitoba Public Insurance Corporation, fait la même chose, et comme vous le savez, vous qui êtes du Manitoba, tout le monde y est assuré.

Ainsi un véritable échantillon de radiographies fait l'objet d'examen et de vérifications, et s'il y a des problèmes de qualité, on en est tout de suite averti.

M. Pagtakhan: C'est un des aspects de la question, mais je voulais également savoir si l'on vérifiait la façon dont vous prescriviez ces radiographies, et cela en rapport avec ce que cela coûte.

M. Cochrane: Vous vouliez savoir si l'on vérifie qu'une radiographie est bien nécessaire. Tout dépend évidemment des résultats du premier examen auquel nous nous livrons, et qui permettra de déterminer si oui ou non il faut faire une radiographie.

M. Pagtakhan: Quel pourcentage de vos patients ont besoin de radiographies?

M. Cochrane: Dans mon propre cabinet c'est sans doute de l'ordre de 90 p. 100, et peut-être même plus. La machine me vient en aide, car j'ai besoin de savoir exactement ce que je fais. À moins d'une situation extrême, d'une personne très jeune, d'une femme enceinte, ou de toute autre contre-indication à la radiologie, je ne vais pas prendre le risque de faire du mal au patient, si je dois faire quelque chose sur sa colonne vertébrale. Je veux savoir quelle est la situation, et où je pose les pieds.

[Texte]

• 1045

Mr. Pagtakhan: I am not questioning your judgment, because I am not here to question the judgment; I am only wanting to hear the information so we have a perspective of load of costs. The question I had asked earlier is: has there been a continuing professional auditing within your society of the pattern of practice of your group members, as happens with the medical associations group? There is an auditing—

Dr. Cochrane: Yes. Basically chiropractic might be a bit behind that, but X-rays are one of the things we are setting up. . . In fact, in our Canadian Chiropractic Association we now have a committee on standards of practice. So we are working, and we are working with people like the Rand Corporation. Dr. Ian Coulter, who is the Past-President of the Canadian Memorial Chiropractic College, is now at the Rand Corporation for a year studying ethics and policies and things. So he is working.

We are looking at this area of standards very seriously, because it is a very important part of our practice and we realize that the chiropractic profession, like everybody else, has to have everything done properly and make sure that everything is above board and all the cards are on the table.

Mr. Pagtakhan: I can only say that it is definitely a welcome development and ought to be with any profession.

That leads me to the next question. In addition to the study done in Saskatoon and the study now reported by the British group that you provided us with, how many more studies along this line of comparative analysis of care have been done in Canada, and would they be easily available to the committee for submission should the committee decide to request that? Then the idea is possibly how your association feels about submitting these published articles and hopefully referring articles in journals, both your journals and other medical journals, for review, for example, by another professional society—one example is the Royal Society of Canada, or perhaps another group that the committee may wish to determine later—with the end in view of analysing the research design and therefore the validity of conclusions. How does your association look upon such a possibility?

Dr. Cochrane: As long as it is a fair and unbiased review, I do not think we would have any problem with that at all.

Mr. Pagtakhan: I cannot agree with you more. That is precisely my thinking along that line. When I look at the need for integrated care—and we are all interested in containing health care cost—to me that is only one factor in the whole dimension of health care. Where quality of care is not there, a cheaper health care cost does not really—

Dr. Cochrane: Does not work.

Mr. Pagtakhan: —matter to me. So we have to look all the time at both cost and quality of care. Then the other issues of course would be: are we giving patients a choice; are we giving patients the flexibility to make that choice; and are we providing, therefore, for really proper health care?

[Traduction]

M. Pagtakhan: Je ne remets pas en cause ici votre jugement, je n'ai pas à douter de sa pertinence. Je posais la question dans une perspective d'appréciation des coûts. La question que je posais tout à l'heure était celle-ci: votre société procède-t-elle à des vérifications et inspections auprès de ses membres, comme cela se passe dans d'autres secteurs du domaine médical? On fait des vérifications. . .

M. Cochrane: Oui. La chiropraxie est peut-être un peu en retard, mais pour ce qui est des radiographies, nous sommes en train de constituer. . . notre Association canadienne chiropractique a créé un comité de déontologie. Donc, nous y travaillons, et notamment en association avec des gens comme la *Rand Corporation*. M. Ian Coulter, ancien président du *Canadian Memorial Chiropractic College*, travaille maintenant à la *Rand Corporation* depuis un an, pour justement étudier cette question de déontologie et de pratique. Il y travaille.

Nous sommes en train de réfléchir très sérieusement à toute cette question de déontologie et de normes de pratique, car la profession de chiropracteur, comme n'importe quelle autre, doit respecter un certain nombre de normes claires qui sont appliquées de façon uniforme.

M. Pagtakhan: Voilà un pas tout à fait positif, je pense que toutes les professions devraient en faire autant.

Cela m'amène à poser ma question suivante. Il y a eu l'étude faite à Saskatoon, puis l'étude des Britanniques que vous nous avez communiquée. Combien d'études comparatives semblables ont pu être faites au Canada, et le comité pourrait-il facilement se les procurer s'il en avait besoin? L'idée serait de soumettre ces articles qui paraissent notamment dans des revues professionnelles, les vôtres et d'autres, à d'autres spécialistes—ceux par exemple de la Société royale du Canada, ou toute autre association que le comité pourrait choisir—pour en faire vérifier les méthodes de recherche et donc, la validité des conclusions. Votre association serait-elle favorable à ce genre d'examen?

M. Cochrane: Dans la mesure où il est fait de façon impartiale et juste, nous n'aurions aucune objection.

M. Pagtakhan: Je suis d'accord avec vous. C'est exactement ce que je pense. Lorsque je réfléchis maintenant à la nécessité d'intégrer les soins —et nous sommes tous très intéressés par l'endiguement possible des coûts de santé—j'ai le sentiment que cela ne représente qu'une dimension de l'ensemble de la question. En effet, si la qualité n'est pas garantie, l'abaissement des coûts de santé. . .

M. Cochrane: Ne marche pas.

M. Pagtakhan: . . . n'est pas ce qui compte avant tout pour moi. Il faut donc toujours mettre en rapport le coût et la qualité des soins. Les autres questions qui se poseraient ensuite seraient: donnons-nous aux malades la possibilité de choisir, ont-ils une marge de manœuvre suffisante, et de ce fait, leur garantissons-nous un dispositif de santé adéquat?

[Text]

In principle I agree with your suggestion that we ought to look at the integrated care, provided we look into it in the context not primarily of health care cost. This is the great danger: if we look at health delivery of services and what have you only from the point of view of health care cost, to the point that we may forget about the quality of care, then we will be losing the point. I am sure you are not suggesting that, but I would like it to be very clear to the committee that this is my own perspective, and I am sure of our party, and I hope of all the government side as well.

Dr. Dunn: I would say that our profession welcomes open and objective scrutiny. We have been under a microscope to the medical profession ever since our inception, and the philosophical enmity goes back to the days when physicians were still blood-letting and using leeches and chiropractors were saying that manipulation cured everything and there are no such things as germs. That has all changed. But that gives you a historical perspective of where medicine was 100 years ago and where chiropractic was 100 years ago.

• 1050

We have been, in a very small way, scrutinized under the microscope at every turn by the medical profession. The documentation was certainly found in the United States, and I have no reason to believe that political medicine, which is what I am talking about here now, is the same in Canada.

I am on the line every day. I am not a researcher. I am a practitioner, and I want to know what is effective and what is not effective. I am not afraid of you, or anyone else who is objective, looking into what I do and how I do it, because in my own practice I am getting a good result. It does not mean it could not be better if I changed some procedures and so on, and I think most chiropractors, in fact likely all chiropractors, would welcome that.

Mr. Pagtakhan: I am glad to hear that. That is why I am encouraged, because that is the thrust I think we have to pursue.

I would like to ask about the issue of fee schedule differentials between the medical doctors and the chiropractors. Were the system to evolve so that there would be a greater dialogue, a greater accessibility and greater choice—all those concerns are addressed—how do you foresee that the rate per hour or the rate per treatment would eventually compare? Is the rate now different because of the pattern of practice? When the patterns of practice are identical, will the rate of payment be the same?

Dr. Cochrane: That is a tough one because I do not think we have really sat down and analysed that. One of my concerns as a private practitioner is to think about whether some day, for instance in the province of Ontario, if they put us strictly on OHIP and I do not have any balanced billing, I can run the type of practice I now run and maintain my level of income. I have an office that costs me a fair amount of money to run, etc., and I somehow do not know how we are going to balance the office overhead situation versus the payment fee.

For instance, in the province of Saskatchewan, which we alluded to earlier, I know some of my colleagues dropped 35% to 40% in income overnight, and in order to make that up they have had to increase their practice by 35% to 40%,

[Translation]

Je suis en principe d'accord avec votre proposition, sur l'intégration des soins, à condition que ce ne soit pas la question du coût qui commande à tout le reste. Le danger est en effet grave de se concentrer uniquement sur la question du coût, au point d'oublier celle de la qualité, et donc de rater notre objectif. Je suis sûr que ce n'est pas ce que vous proposez, mais j'aimerais indiquer ici clairement au comité quelles sont mes conceptions, et j'en suis sûr, celles de mon parti, et, je l'espère, de tout le parti ministériel.

M. Dunn: Notre profession est toujours favorable à tout examen franc et objectif. Depuis que nous existons, la profession médicale nous a toujours eus à l'oeil, et l'antagonisme qui a existé remonte aux jours où les médecins pratiquaient la saignée, utilisaient les sangsues, et où les chiropracteurs croyaient que leurs manipulations pouvaient tout guérir et que les microbes étaient une pure fiction. Tout cela a bien changé. Cela vous donne une perspective historique sur la médecine et la chiropraxie d'il y a un siècle.

Toutes nos activités ont été passées au crible par les représentants de la médecine officielle. Les documents à l'appui proviennent des États-Unis et il n'y a aucune raison de croire que la médecine officielle se pratique de la même façon au Canada.

Je travaille chaque jour. Je ne fais pas de la recherche, je fais uniquement du travail pratique et il faut donc que je connaisse les méthodes les plus efficaces. Les enquêtes, à condition qu'elles soient objectives, ne m'effraient pas, car je sais que j'obtiens des résultats positifs. On peut sans doute faire mieux encore et je suis sûr que la plupart des chiropracticiens ne demandent pas mieux que d'améliorer leurs méthodes de travail.

M. Pagtakhan: Voilà qui fait plaisir à entendre.

Je voudrais commencer par l'écart entre les honoraires des médecins et des chiropracticiens. S'il y avait une meilleure entente entre ces deux professions, est-ce que les taux des honoraires, à votre avis, se rapprocheraient? L'écart actuel est-il dû à la différence des méthodes utilisées et cet écart pourrait-il éventuellement se rétrécir?

M. Cochrane: C'est une question que nous n'avons pas vraiment étudiée. Par contre, je me suis souvent demandé si mes revenus ne risquaient pas de diminuer au cas où on nous imposerait les barèmes de l'OHIP en Ontario. J'ai en effet des frais généraux assez importants et je ne suis donc pas certain qu'en pareil cas on s'y retrouverait.

Ainsi en Saskatchewan, les revenus de mes collègues ont chuté d'un seul coup de 35 à 40 p. 100 et ils ont donc dû augmenter dans la même proportion le nombre de leurs patients si bien qu'ils consacrent à chacun moins de temps.

[Texte]

which means they cannot really spend quality time with their patients. I think that is a real dilemma, because I am one of those guys who likes to spend quality time with my patients. I do not want to run a health mill. I do not want to run like crazy all day long, five to six days a week.

If you come into my office, I want to be able to deal with you and give you what you need today. Maybe all you need is two minutes of my time today, but you might need an hour of my time, and if you need either one, then I want to be able to do that for you. I do not want to be looking at the clock and saying, oh, I have to see 10 more patients now so come back tomorrow and we will do a little bit more.

Mr. Pagtakhan: The reason I pose the question is because I strongly believe in the principle of equal pay for work of equal value.

Dr. Cochrane: I do too.

Mr. Pagtakhan: It has to apply across the board.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Docteur Dunn, docteur Cochrane, je vous félicite pour votre présentation. Elle est bien structurée et intéressante au plus haut point. C'est un sujet sur lequel les Canadiens et les Canadiennes s'interrogent depuis plusieurs années déjà.

• 1055

Avant de vous poser ma question, je voudrais faire un commentaire. L'influence du gouvernement fédéral sur les gouvernements provinciaux en ce qui a trait à la Loi nationale sur la santé n'est pas aussi forte que vous pouvez le croire. Dans les années 80, je ne sais plus à quel sujet, la ministre du temps, M^{me} Bégin, avait voulu changer un point de la loi, et le ministre de la Santé du Québec de l'époque, Pierre-Marc Johnson, s'y était fortement opposé. C'est devenu un dossier très chaud et même presque une querelle fédérale-provinciale. Bref, il est très, très difficile pour nous d'influencer les provinces. Les provinces sont très jalouses de leur juridiction en matière de santé.

Voici ma question. Est-ce que vous avez un tableau comparé de la situation de la chiropraxie dans les différentes provinces? Qu'est-ce qui se passe en Nouvelle-Écosse, au Québec et en Ontario pour ce qui est de votre reconnaissance, de l'accessibilité de vos soins au public et de la rémunération de vos soins? Avez-vous un tel tableau?

Si les Canadiens et les Canadiennes ou les politiciens connaissaient ces différences, une province serait peut-être encline à en copier une autre ou à s'inspirer des politiques d'une autre. Cela pourrait être un incitatif à prodiguer des soins au public.

Dr. Dunn: I do not think there is such a comparison. The comparison is not so difficult for Saskatchewan where every chiropractor is involved in the plan and every patient is fully covered, and you can have statistics available as to how many visits are made and who sees a chiropractor, the demographics of the age distribution and so on. However, in Quebec, where you have no coverage by a provincial health plan, it is a very arduous task to get the statistical evidence available as to the percentage of the population that seek chiropractic care, the demographics and age distribution. I am not saying it cannot be done, but the chiropractic profession likely does not have enough money to do it itself. If it was

[Traduction]

C'est un problème grave car je tiens avant tout à consacrer suffisamment de temps à chacun de mes patients. Je ne voudrais pas être obligé d'avoir à les traiter à la chaîne et travailler comme un fou cinq ou six jours par semaine.

Je tiens à consacrer le temps qu'il faut à chacun de mes patients, qu'il s'agisse de deux minutes ou d'une heure. Je ne voudrais surtout pas avoir à travailler les yeux fixés sur la montre et ainsi obliger les patients à revenir pour des rendez-vous supplémentaires.

M. Pagtakhan: Si je vous pose la question, c'est parce que je suis partisan du principe d'à travail égal salaire égal.

M. Cochrane: Moi aussi.

M. Pagtakhan: Ce principe doit s'appliquer à tous.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): I would like first of all to thank Dr. Dunn and Dr. Cochrane for their most interesting presentation. This is a subject about which Canadians have been wondering for a number of years.

But I will start with a comment. The federal government does not have as much influence over provincial governments as far as the Canada Health Act is concerned as you seem to believe. During the 1980s when then Minister of Health, Mrs. Bégin, tried to change a section of the act, Mr. Pierre-Marc Johnson, then Minister of Health in Quebec, was dead set against it. It became a bone of contention between the federal and provincial governments. It is very hard for us to influence provincial governments which feel that health matters fall within their own jurisdiction.

Now I come to my question. Did you make a comparison between the situation of chiropractors in the various provinces? Would you have a table showing what goes on in Nova Scotia, in Quebec and in Ontario with regard to accreditation, as well as accessibility and fee schedules?

If Canadians as well as politicians were aware of these differences, one province might decide to copy what is being done in another.

M. Dunn: À ma connaissance, il n'existe pas de comparaison de ce genre. On pourrait facilement obtenir des données pour la Saskatchewan où les chiropraticiens sont assujettis au régime d'assurance-maladie et tous les patients sont entièrement couverts; on pourrait donc trouver des statistiques sur le nombre de visites chez les chiropraticiens ainsi que la répartition par tranche d'âge, etc. En revanche, au Québec où la chiropraxie n'est pas remboursée, il est extrêmement difficile d'obtenir des données statistiques. Cela ne doit pas être impossible mais nous n'avons pas de quoi le faire par nous mêmes. S'il y avait moyen d'obtenir des crédits fédéraux ou provinciaux, nous ne demanderions pas mieux

[Text]

the basis of a provincial or federal study where there was some funding coming in I would be delighted, and I am sure the Quebec chiropractors and the national association would be delighted to have those kinds of statistics and figures, but I do not think we can compare percentages of population accurately

Mme Bertrand: Ma question ne portait pas sur le nombre de clients qui bénéficient de vos soins, mais plutôt sur la façon dont vous êtes rémunérés et reconnus et sur l'accessibilité de vos soins.

Dr. Cochrane: Look at it this way. In the eastern provinces of Newfoundland, Nova Scotia and New Brunswick there is no coverage from government there at all. The fee that is paid for our services is paid directly by the patients, and 85% is covered by private insurance companies, so effect most of the fee is paid by a private insurance company through their company plans or whatever. In the province of Quebec there is no coverage, and again it is private insurance companies that pay the percentage. I believe it is around 85% that is covered by a private insurance company. In the province of Ontario they cover for \$210 a year and in the province of Manitoba they are covered for 15 visits. In the province of Saskatchewan they have unlimited coverage. In the province of Alberta they are covered for around 20 visits per year. In the province of British Columbia they again are covered for 11 visits per year, I believe.

• 1100

Mrs. Bertrand: Could we have it in writing?

Dr. Dunn: Yes. It would be no problem at all, if the committee would like that.

Mme Bertrand: Cela pourrait être utile à notre Comité ou au gouvernement fédéral qui pourrait dire aux provinces: Il y a inégalité de reconnaissance ou d'accessibilité des soins de la chiropraxie pour le public.

The Chairman: Thank you, Madam Bertrand. I have no further questioners on my list. I would just ask members to stay around for a few minutes. There is one point of order we would like to raise.

Doctors, on behalf of the committee I extend to both of you our sincere thanks for appearing before us this morning. I think it is obvious there was certainly a great deal of interest. You have answered very frankly some of the questions many of us did have.

As I have indicated to other witnesses who have appeared before us, as we are preparing our report if we require additional information or if questions arise as a result of what you brought forward, we may contact you again. I hope we could be provided with additional material, should we require it.

Dr. Cochrane: Thank you very much, Mr. Chairman. It would be our pleasure to provide you with whatever additional material you might want.

Part of the brief we presented was with regard to the elderly. Dr. Dunn and I just very quickly—I think maybe for information—looked at our own particular practices over the last three days. To give you an example, on Monday 24% of the patients I saw in my office were over the age of 50. Now we use 50, not necessarily to indicate that 50 is elderly but just to—

[Translation]

que de collaborer à pareille étude, que ce soit au Québec ou à l'échelon national.

Mrs. Bertrand: My question was not about the number of your clients but about your fee schedules and the access to chiropractors.

M. Cochrane: À Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, les soins de chiropracticiens ne sont pas remboursés du tout. Nos honoraires sont donc payés entièrement par les patients, mais 85 p. 100 de ce montant est pris en charge par des régimes d'assurance privé. La situation est la même au Québec où 85 p. 100 de nos honoraires sont pris en charge par des compagnies d'assurance. En Ontario, OHIP prend en charge les soins jusqu'à concurrence de 210\$ par an et au Manitoba, 15 consultations sont remboursées par l'assurance-maladie. En Saskatchewan, les consultations sont entièrement remboursées. En Alberta, 20 consultations par an sont remboursées, alors qu'en Colombie-Britannique, 11 consultations par an sont remboursées.

Mme Bertrand: Pourriez-vous nous fournir ces données par écrit?

M. Dunn: Certainement.

Mrs. Bertrand: Our committee or the federal government could tell the provinces that the public has unequal access to chiropractic services.

Le président: Merci, madame Bertrand. Je n'ai pas d'autre nom sur ma liste. Je demanderais aux membres du comité de rester quelques instants, car j'ai un rappel au règlement.

Je tiens à remercier nos deux témoins de leur comparution qui a suscité pas mal d'intérêt. Je vous remercie également de la façon très franche dont vous avez répondu à nos questions.

Comme je l'ai déjà expliqué à d'autres témoins, nous sommes en train de préparer notre rapport et il se pourrait que nous vous contactions éventuellement pour de plus amples renseignements, ce qui ne poserait pas de problème, je présume.

M. Cochrane: Bien au contraire, ce serait un plaisir pour nous.

Une partie de notre mémoire concerne les soins aux personnes âgées. À titre indicatif, je vous signale que lundi, 24 p. 100 de mes patients étaient âgés de plus de 50 ans, ce qui ne signifie pas pour autant qu'à partir de 50 ans, on soit vieux.

[Texte]

The Chairman: I am glad you clarified it. Thank you.

Dr. Cochrane: I am reaching that milestone pretty soon.

On Tuesday, it was 36% and yesterday, Wednesday, it was 39%. This was just a figure I picked.

Dr. Dunn: When Dr. Cochrane suggested this, I thought it was interesting; it is a random selection. I was about 37% or 38% Monday, Tuesday and Wednesday for persons aged 50 and over. The population is aging.

As you will see in our full brief, it alludes to the fact that these people are subject to functional pathologies; in other words, aberrations in joint movement and stiffness and so on. These are the people who are going to demand more of our attention as time goes on because of the nature of the work we do. It is also cause for concern and planning in health care. It is very appropriate to look at it, starting now.

The Chairman: Thank you very much.

• 1105

I will not adjourn the meeting for just a moment. Ms Guarnieri, I understand you want to raise a point before the committee. For the information of Madam Bertrand and yourself, we can bring you up to date on what transpired at our committee meeting this morning.

Ms Guarnieri (Mississauga East): I would like to thank the chairman of the committee for his indulgence.

For the record, I would simply like to state that I was informed yesterday by our Whip that I am officially on the subcommittee on poverty, as of yesterday. As a result, we take great exception to the comments made by Ms Greene. Unfortunately, I am sorry she is not here to hear the comments. I would be more than happy to reiterate them when she is here.

We take great exception to the comments, especially in light of the fact that it is a well-known fact that it is government members who are choosing and attempting to reduce the number of committee members sitting per committee. Also, it is our position that this government's record with regard to poverty is severely lacking and quite abysmal.

I look forward to being a full and active participant on the subcommittee on poverty. So of course my question is: when is the next meeting? I will be there.

The Chairman: As you are aware, there is consideration among our House Leaders and Whips of the parties regarding a change in the format of committees. There was talk of restructuring. As you have indicated, there are problems with the government side. They are perhaps a little more widespread than that. We have all had problems maintaining quorums at committees. There are a number of the large standing committees with 14 members. It is embarrassing when you are chairing a committee and you cannot get a quorum, in some cases either to hear witnesses or for votes. They are looking at that.

I have taken the view that until a decision is made, this committee will operate under the terms of reference we had before. I just did not think it was worth wasting our time when we have a large group of witnesses, which we discussed

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

M. Cochrane: J'aurai bientôt 50 ans moi-même.

Mardi, 36 p. 100 de mes patients appartenaient à cette catégorie et mercredi, 39 p. 100.

M. Dunn: Reprenant la suggestion de mon collègue, j'ai pu constater que lundi, mardi et mercredi, 37 à 38 p. 100 des personnes qui sont venues me consulter avaient plus de 50 ans. La population est en train de vieillir.

Ainsi que nous l'avons expliqué dans notre mémoire, à partir d'un certain âge, on constate de plus en plus de problèmes au niveau des articulations. Ce sont donc ces personnes qui, avec l'âge, auront de plus en plus besoin de nos soins. C'est donc un domaine de la santé qui devrait être envisagé sérieusement dès maintenant.

Le président: Merci beaucoup.

Je vais attendre encore quelques instants pour lever la séance. Madame Guarnieri avait quelque chose à nous dire. Je pourrais vous expliquer, ainsi qu'à M^{me} Bertrand, ce qui s'est passé lors de la réunion de ce matin.

Mme Guarnieri (Mississauga-Est): Je vous remercie, monsieur le président.

Le whip de mon parti m'a fait savoir hier que je faisais désormais partie du sous-comité sur la pauvreté. Nous ne sommes pas du tout d'accord avec ce que M^{me} Greene a dit, mais malheureusement elle est absente en ce moment. Je pourrais répéter ce que j'ai à dire lorsqu'elle reviendra.

Nous ne saurions donc accepter ce qu'elle a dit d'autant qu'il est bien connu que ce sont les députés de la majorité qui cherchent par tous les moyens à réduire le nombre de députés qui siègent à chaque comité. De plus, mon parti est d'avis que le gouvernement n'a vraiment pas de quoi être fier en ce qui concerne la façon dont il a abordé le dossier de la pauvreté.

Je voudrais donc savoir quand le sous-comité sur la pauvreté compte siéger car je compte y participer de façon active.

Le président: Vous savez sans aucun doute que les leaders de la Chambre et les whips envisagent de modifier les modalités de fonctionnement des comités. Les députés de la majorité ont en effet eu des problèmes en ce sens que nous avons tous du mal à réunir un quorum en comité car bon nombre de comités permanents sont constitués de 14 députés. Or c'est gênant pour un président de ne pas réussir à avoir un quorum suffisant pour entendre des témoins ou pour voter. Voilà donc le problème qui devra être résolu.

En attendant, notre comité continuera à fonctionner selon les règles appliquées jusqu'à présent. Je ne voyais donc pas l'utilité de perdre du temps alors que nous avons de nombreux témoins à entendre. On pourra procéder

[Text]

earlier this morning. We can use that time if the committee changes. Should the House recess or prorogation take place, there may be some restructuring of this committee when we come back. But in the meantime I think all of us have an obligation to continue with what we have been doing and hearing the witnesses.

Ms Greene was here earlier. She had a meeting at 9 a.m. I did as well receive calls yesterday from *The Globe and Mail*. I do not think the situation relative to that subcommittee should be misconstrued as the view of other members of the standing committee, or perhaps of the government or opposition as a whole relative to our concerns over child poverty. There are some problems in that committee, and I can tell you that when we decided to try to set up subcommittees it was knowing from the work of the standing committee we could not handle all aspects.

• 1110

We have four ministries involved in our jurisdiction. We are looking at a major study. I guess as chairman I tried to set up something for subcommittees that left autonomy pretty much up to them. You can have from three to five members. As to hearing witnesses, I would have thought it would have been in the best interest of those committees not to restrict themselves to maintaining a really tight quorum, particularly in the case of witnesses.

The other committee on fitness and amateur sport has left it open. They have heard a lot of witnesses, but they have not restricted themselves. If the chairman is there, they will hear the witness. Those others, who perhaps for good reason cannot make it, can get the information. I know all of us cannot get to all meetings at all times. As for this committee, we will try to arrange a meeting as quickly as possible. We have to make some changes.

Nicole is no longer involved because of her new position as parliamentary secretary. We have to find somebody else, at least one other from the government side. We have to know, as you have indicated, who is going to be representing your committee, but I think within those terms of reference Ms Langan felt very strongly that there should be a quorum of three.

If you are going to stick to that, I think you are going to have problems hearing the witnesses. I think it is up to those of you who decide that is where you want to be, to come to grips with that problem. That is the crux of it.

We can put all the regulations in the world in here, but it will create nothing but problems for a subcommittee if there is a conflict of personalities. I do not know whether that is what it is.

I will do whatever I can to get the committee off and going. I think I can assure you there is a commitment on behalf of members of this committee and the government that this is an obvious concern.

Child poverty in Canada, certainly in the light of what has been going on lately, is a concern. I do not know whether I can comment any further on that.

[Translation]

éventuellement autrement si les règles changent. Si la Chambre ajourne ou est prorogée, il se pourrait qu'à notre retour le comité soit restructuré. En attendant, nous poursuivrons l'audience de nos témoins.

M^{me} Greene était ici tantôt. Elle avait une réunion à 9 heures. Hier j'ai reçu plusieurs coups de fil du journal *The Globe and Mail*. La situation de ce sous-comité n'a rien à voir avec les points de vue des membres du comité permanent ni d'ailleurs du gouvernement ou de l'opposition relativement à la pauvreté chez les enfants. Le comité a décidé de créer un sous-comité simplement parce que nous étions débordés.

Quatre ministères sont de notre compétence. Nous sommes chargés actuellement d'un dossier très volumineux. J'ai essayé de constituer des sous-comités qui auraient pas mal de latitude et qui pourraient siéger avec entre trois à cinq membres. J'estime qu'il serait également préférable que ces comités ne se fixent pas un quorum trop élevé pour entendre des témoins.

Ainsi le sous-comité sur le sport amateur a déjà entendu pas mal de témoins. Il suffit que le président soit présent. Les députés qui ont dû s'absenter obtiennent les comptes rendus de la séance par la suite. Nous ne pouvons pas tous être simultanément présents à toutes les réunions. J'essaierais d'organiser une réunion de ce comité le plus rapidement possible.

Nicole ne pourra plus y participer puisqu'elle vient d'être nommée secrétaire parlementaire. Il faudra donc trouver un remplaçant du côté du gouvernement. Il faudra également savoir qui va représenter votre parti; M^{me} Langan a insisté pour que le quorum soit fixé à trois au minimum.

Cela risque de nous poser des difficultés pour entendre les témoins. C'est à vous de vous entendre.

Les meilleurs des règlements ne serviront à rien s'il y a un conflit de personnalité. Peut-être est-ce là le problème.

Je ferai pour ma part tout ce que je peux pour que le sous-comité puisse commencer à fonctionner. Je peux vous assurer que tous les membres du comité et le gouvernement lui-même se rendent parfaitement compte de la gravité du problème.

Il est évident que la pauvreté lorsqu'elle frappe les enfants est un problème grave.

[Texte]

Mme Bertrand: Monsieur le président, j'apprécie vos propos qui sont tout à fait justes. Je ne voudrais pas que notre collègue ou sa formation politique prenne ombrage des propos de M^{me} Greene. Moi aussi, je les ai lus hier. J'ai été peinée en ce sens qu'elle a possiblement raison, mais elle n'a pas indiqué qu'il s'agissait des absences d'une formation politique ou d'une autre. Elle parlait en général, et cela s'applique tant à nous qu'à vous ou au Nouveau parti démocratique. C'est ainsi que j'ai interprété cela. Donc, je ne voudrais pas que vous pensiez qu'elle fait allusion à une formation autre que celle du gouvernement.

De notre côté, comme vous dites, monsieur le président, nos efforts et nos énergies sont répartis un peu partout sur la Colline. On ne peut pas être partout à la fois. C'est la mise au point que je voulais faire.

Mme Guarnieri: J'aimerais vous remercier de votre commentaire. Il existe sûrement de la confusion, et je suis sûre qu'on va clarifier cela. Je suis sûre qu'on acceptera les propos de M. le président et qu'il n'y aura pas de problèmes. Je suis sûre que mes collègues vont collaborer de toute façon. Je parlerai à M^{me} Greene. Ainsi, elle comprendra qu'on ne veut pas parler derrière son dos.

Il y a beaucoup d'exceptions à ces commentaires. De notre côté, on considère la pauvreté comme une question sérieuse et on veut montrer au gouvernement comment améliorer ses pratiques à l'avenir.

• 1115

Mr. White: I just want to say that our discussions earlier were nothing more than logistic. I disagree fundamentally with what you have said about this government and child poverty. That will be left for another time, but I did not want to leave it unchallenged.

Secondly, I agree with the logistics of what you say. I think Ms Langan's talk earlier in the committee, where she insisted that one of the NDP members be present, is just unrealistic and unworkable. I agree that the subject is important.

Ms Guarnieri: It is disappointing they are not here.

Mr. White: That is right. I did not want to leave your other statement unchallenged.

Mr. Pagtakhan: Mr. Chairman, my proposal is still to give guidance to the subcommittee by suggesting that since evidently two members on this side are willing to serve on that subcommittee and we will have two from the government side, we will have four. With one from the NDP, we will have a maximum of five by the original mandate. Since it is a subcommittee that will report to the mother committee, the government side should be persuaded not to search further, since it appears this morning that it said perhaps we could find a third one.

Obviously we already have two definitely committed to be on that subcommittee, and I will undertake that we in fact serve on the subcommittee. Then there will be two from the government side, one from the NDP, and we will have a subcommittee of five immediately, and we can proceed with our work on the issue.

[Traduction]

Mrs. Bertrand: Mr. Chairman, I appreciate your comments. You are quite right. I would not want our colleague or her party to be offended by Mrs. Greene's statements. I read them myself yesterday and I am sorry to think that she may be right, although she did not mention that it was due to the absence of one political party or another. She was speaking in general terms and what she said could just as well apply to us, to you or to the NDP. At least that was my understanding. I am sure she was speaking about government members.

As you said yourself, Mr. Chairman, we have to be everywhere at the same time on the Hill, which is proving to be absolutely impossible.

Mrs. Guarnieri: Thank you for your comment. I am sure that this confusion can be cleared up and that a solution will be found for our problems. I have no doubt that my colleagues will cooperate and I will speak with Mrs. Greene so that she does not get the impression that we are talking behind her back.

We feel that poverty is a very serious matter and we want to explain to the government how it could improve its practices in the future.

M. White: La discussion de tantôt a porté uniquement sur des problèmes de logistique. Je ne saurais en aucun cas accepter ce que vous avez dit au sujet de la position du gouvernement relativement à la pauvreté de l'enfance. On en discutera une autre fois, mais je tenais à faire cette mise au point.

Par contre, je suis d'accord avec le président en ce qui concerne les modalités de fonctionnement. Lorsque M^{me} Langan insiste pour qu'un député NDP soit présent, c'est simplement irréaliste et impossible dans la pratique. C'est une question importante.

Mme Guarnieri: C'est dommage qu'ils ne soient pas là.

M. White: En effet. Je tenais à faire cette mise au point.

M. Pagtakhan: Puisque deux députés de ce côté-ci ont accepté de siéger au sous-comité en plus des deux députés de la majorité, cela fait quatre et avec un député NDP, on aurait un maximum de cinq membres pour le sous-comité. Puisque ce sous-comité doit rendre compte au comité permanent, les députés de la majorité devraient s'en contenter, d'autant qu'on a dit ce matin qu'on pourrait éventuellement en trouver un troisième.

Deux personnes se sont donc d'ores et déjà engagées à siéger à ce sous-comité; en outre il y a aura deux députés de la majorité et un député NDP, soit un sous-comité de cinq membres, ce qui devrait nous permettre d'aller de l'avant.

[Text]

The Chairman: As I have indicated, I think I would prefer if the subcommittee would structure itself as to how they can best see the work of that committee taking place. There may be disagreements relative to that.

Ms Guarnieri: Mr. Chairman, since there is so much interest on the part of our members here, one can be a voting member and the other one can be in attendance. The interest on our part is significant and extensive.

The Chairman: In the majority of cases, as far as votes within the subcommittee, they will come through as recommendations to this committee. The crux of your problem, I think, has been in having a quorum for hearing witnesses. I think that is what you have to agree on. If it is going to create all kinds of problems by setting some magic number, and unless you have that third or whatever you determine, you are going to keep running into problems.

Mr. Pagtakhan: I suggest, Mr. Chairman, with two on this, two on that, and one on that, quorum will be solved immediately.

The Clerk of the Committee: You cannot be three on the opposition side and two on the government side.

Ms Guarnieri: That is a good point.

The Chairman: Thank you. We have a meeting Tuesday morning.

This meeting is adjourned.

[Translation]

Le président: Ce serait au sous-comité lui-même de fixer ses modalités de fonctionnement, car il pourrait encore y avoir des désaccords à ce sujet.

Mme Guarnieri: Puisque tout le monde semble s'intéresser à ce sous-comité, on pourrait avoir un député qui aurait le droit de voter et l'autre qui aurait simplement le droit de siéger. Nous nous intéressons très vivement à cette question.

Le président: C'est au sous-comité de faire des recommandations en comité relativement à la procédure de vote. Le problème, c'est le quorum nécessaire pour entendre des témoins. À moins de prévoir une troisième personne pour siéger éventuellement, on aura nécessairement des difficultés.

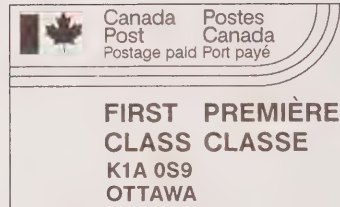
M. Pagtakhan: Il n'y aura pas de problème de quorum si on en prévoit deux et deux et un.

Le greffier du Comité: Il ne peut pas y avoir trois députés de l'opposition et deux députés du gouvernement.

Mme Guarnieri: C'est tout à fait juste.

Le président: Nous nous réunissons à nouveau mardi matin.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Canadian Chiropractic Association:

Dr. John Cochrane, President;

Dr. Greg Dunn, Second Vice-President.

TÉMOINS

De l'Association chiropratique canadienne:

John Cochrane, président;

Greg Dunn, deuxième vice-président.

Issue No. 41

Tuesday, October 23, 1990

Chairman: Bob Porter

Fascicule n° 41

Le mardi 23 octobre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, OCTOBER 23, 1990
(50)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:35 o'clock a.m. this day, in Room 209, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Joy Langan; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Nurse Practitioner Association of Ontario: Wendy Goodine, President; Carolyn Davies, President Elect.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Wendy Goodine made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 11:07 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Eugene Morawski

Committee Clerk

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 23 OCTOBRE 1990
(50)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 35, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Robert Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Robert Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Joy Langan; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De la Nurse Practitioner Association of Ontario: Wendy Goodine, présidente; Carolyn Davies, présidente élue.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Wendy Goodine fait un exposé puis, elle et Carolyn Davies répondent aux questions.

À 11 h 07, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Greffier de Comité

Eugene Morawski

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, October 23, 1990

● 0934

The Chairman: If I could call the meeting to order, please, we have a quorum. Pursuant to Standing Order 108, the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we are pleased to welcome the witnesses from the Nurse Practitioners Association of Ontario: Wendy Goodine, president, and Carolyn Davies, president-elect. We are pleased that you are able to take time out of your schedule to appear before the committee this morning. As you are no doubt aware, the committee has been conducting hearings for some time now into the aspects of the health care system in Canada under the terms of reference, which I think have been circulated to all of those who have appeared before us.

We thank you for the material you have forwarded to us. Following your presentation, we will move to a round of questioning by the members. As I have indicated to other witnesses, should there be additional information that arises from the meeting this morning, we may be contacting you again as we are working through the report. So on behalf of all members of the committee, we welcome you here this morning. We look forward to your presentation and to the questions that follow. Thank you very much for appearing.

● 0935

Ms Wendy Goodine (President, Nurse Practitioners Association of Ontario): Thank you, Mr. Chairman, and thank you for the opportunity of appearing here this morning.

The Nurse Practitioners Association of Ontario is a voluntary, non-profit association representing nurses working in the expanded role. The concept of the nurse practitioner has been operative in Canada for over 18 years. The term was clarified by the influential 1972 federal publication *Report of the Committee on Nurse Practitioners*, commonly known as the Boudreau report. It defined a nurse practitioner as "a nurse working in an expanded role, oriented to the provision of health care as a member of a team of health professionals relating to families on a long-term basis".

As most of you are aware, primary health care includes (1) the initial contact between the client and health professional, (2) continuing care, and (3) the promotion and maintenance of health. The nurse practitioner is committed to primary health care for individuals of all ages and families in the community. They focus on health rather than illness using the wellness model and the nursing process of assessment, planning, implementation and evaluation to provide health care. They engage in problem solving, teaching and counselling and their approach to health care supports and promotes the maintenance of a healthy lifestyle.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 23 octobre 1990

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît, nous avons le quorum. Conformément à l'article 108 du Règlement, le comité poursuit son étude du système de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin les représentantes de la *Nurse Practitioners Association of Ontario*: Wendy Goodine, présidente, et Carolyn Davies, présidente élue. Nous sommes heureux que vous ayez trouvé le temps de venir comparaître devant notre comité. Comme vous le savez, nous tenons depuis un certain temps des audiences sur divers aspects du régime de soins de santé au Canada conformément à notre mandat, qui, je crois, a été communiqué à tous nos témoins.

Nous vous remercions des documents que vous nous avez transmis. Après votre exposé, nous passerons aux questions. Comme je l'ai précisé aux autres témoins, si la réunion d'aujourd'hui nous apporte des informations nouvelles, il se pourrait que nous vous contactions de nouveau lorsque nous rédigerons notre rapport. Bienvenue donc au nom des membres du comité. Nous attendons votre exposé et les questions qui vont suivre. Encore une fois, merci.

Mme Wendy Goodine (présidente, Nurse Practitioners Association of Ontario): Merci, monsieur le président et merci de nous avoir permis de comparaître devant votre comité.

La *Nurse Practitioners Association of Ontario* est une association bénévole sans but lucratif représentant des infirmières au sens large. La notion d'infirmière praticienne existe au Canada depuis 18 ans. Ce terme a été précisé dans l'important document fédéral de 1972 intitulé *Rapport du comité sur les infirmières praticiennes*, plus connu sous le nom de *Rapport Boudreau*. L'infirmière praticienne y est définie comme «une infirmière travaillant avec un rôle élargi axé sur la prestation de soins de santé au sein d'une équipe de professionnels de la santé dans le cadre de rapports à long terme avec des familles».

Comme la plupart d'entre vous le savent, les soins de santé primaires comportent premièrement, le contact initial entre le client et le professionnel de la santé, deuxièmement, la poursuite des soins et troisièmement, la promotion et la préservation de la santé. L'infirmière praticienne se consacre aux soins de santé primaires des particuliers de tous âges et des familles de la collectivité. Son travail est axé sur la santé plutôt que sur la maladie, et elle se sert du modèle de vie saine et du procédé d'évaluation, de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation des infirmières pour fournir des soins de santé. Elle résout des problèmes, elle apporte des enseignements et des conseils, et elle a une approche des soins de santé qui favorise et encourage un mode de vie sain.

[Texte]

Nurse practitioners work in collaboration with physicians and other health professionals. The physician and the nurse practitioner complement each other. For example, if a health problem requiring investigation and treatment is detected, the nurse practitioner will consult and/or refer the client to the physician. Conversely, if the client requires long-term monitoring or health education around a certain area, for example diet counselling in a newly diagnosed diabetic, then the physician would refer the client to the nurse practitioner.

The nurse practitioner's primary attention is directed towards screening, monitoring, counselling and the health education necessary to improve the clients' knowledge about health so that they might make informed choices and develop a sense of self-responsibility towards their own health care. A truly collaborative team approach to health maintenance and illness detection can be a very satisfying relationship to the health professionals involved and a very comprehensive provision of health care to the client.

Currently, we work in urban, rural and outpost locations. Many are employed by medical services and function independently in isolated areas. They are also found urban and rurally in community health centres, health service organizations, family practice units, occupational health, ambulatory care, private practice, acute care settings and educational institutions.

We see the entire age spectrum, from pre-and post-natal to well baby and child care, adolescents and well adult. Another large component of our clientele includes the aged, reinforcing the concept of healthy aging to a fast growing elderly population. Care of every individual includes a comprehensive assessment reflecting both a nursing and the holistic philosophy of a systematic, continuous assessment of the whole person. The nurse practitioner brings to bear not solely a set of expanded skills previously considered part of the medical practice but also a whole range of nursing practice competencies and knowledge in helping people cope with situations in a manner that will promote health.

Canada is undergoing a nation-wide shift toward more health promotive health care. There is an increased consumer interest in preventative and wellness care. The utilization of the nurse practitioner responds to this interest by providing the consumer with an increase in the availability of comprehensive health care services and the prevention and early detection of medical problems through wellness care.

Literature on this subject is extensive. It must surely rank as one of the most thoroughly examined roles in the health care delivery field. There is little doubt that the nurse practitioner provides high quality care. Abdellah in 1982, Edmunds in 1978, Fagen in 1982, Jones in 1980, and Sax in 1979, after a review of the existing literature on the nurse practitioner role, all concluded that nurse practitioners are competent and efficient in giving care. Several well-calibrated

[Traduction]

Les infirmières praticiennes travaillent en collaboration avec des médecins et d'autres professionnels de la santé. Le médecin et l'infirmière praticienne se complètent. Par exemple, si l'infirmière praticienne décèle un problème de santé qui doit être approfondi et traité, elle va consulter le médecin ou lui envoyer directement le client. À l'inverse, si le client a besoin de soins à long terme ou d'une éducation sanitaire dans un certain domaine, par exemple de conseils alimentaires dans le cas d'un diabète récemment diagnostiqué, le médecin va renvoyer le client à l'infirmière praticienne.

L'infirmière praticienne se préoccupe en priorité d'assurer le tri et le contrôle, et de fournir les conseils et l'éducation sanitaire nécessaires pour permettre aux clients de mieux comprendre ce qu'est la santé, ce qui leur permettra de faire des choix éclairés et de mieux prendre en main eux-mêmes leur santé. Un véritable travail d'équipe en collaboration pour promouvoir la santé et dépister les maladies peut permettre des rapports très harmonieux chez les professionnels de la santé concernés et apporter aux clients un éventail très complet de soins de santé.

Nous travaillons actuellement en milieu urbain, rural et isolé. De nombreuses infirmières praticiennes sont employées par des services médicaux et fonctionnent de façon indépendante dans des régions isolées. On en trouve aussi en ville et à la campagne dans des centres de santé communautaire, des organisations de services de santé, des centres de médecine familiale, dans des cadres de médecine professionnelle, de soins ambulatoires, de pratique privée ou de soins aigus, ainsi que dans des établissements d'enseignement.

Nous avons des clients de tous âges, de l'étape prénatale jusqu'à un âge adulte avancé en passant par les nouveaux-nés, les enfants et les adolescents. Les personnes âgées sont une autre composante importante de notre clientèle, et l'accroissement rapide de ce secteur de la population justifie de plus en plus les efforts pour apprendre aux gens à mieux vieillir. Chaque individu doit être abordé à la fois sous l'angle des soins infirmiers et dans le cadre d'une évaluation globale, systématique et continue de la personne conçue comme un tout. L'infirmière praticienne fait intervenir non seulement un ensemble de compétences élargies, qui étaient précédemment considérées comme relevant de la pratique médicale, mais aussi tout un ensemble de pratiques et de compétences infirmières aidant les gens à réagir de façon saine dans la vie.

Le Canada tout entier est en train d'évoluer vers une médecine axée sur la promotion de la santé. Les consommateurs se préoccupent de plus en plus de soins préventifs et d'épanouissement. L'infirmière praticienne répond à ce désir en permettant aux consommateurs de disposer d'une vaste gamme de services de soins de santé et en assurant une prévention et une détection rapide des problèmes médicaux grâce à de bons soins.

Il existe une très vaste documentation sur ce sujet. C'est probablement l'un des rôles ayant suscité le plus d'études approfondies dans le domaine de la prestation des soins de santé. Il est clair que l'infirmière praticienne assure des soins de qualité élevés. Abdellah en 1982, Edmunds en 1978, Fagen en 1982, Jones en 1980 et Sax en 1979 ont tous conclu, après avoir examiné toute la documentation existant sur le rôle des infirmières praticiennes, que ces dernières assuraient des

[Text]

studies of the quality of care by nurse practitioners have demonstrated equivalence with physicians in areas such as wellness counselling and health education.

• 0940

Many studies, such as Sults in 1980, indicate that consumer satisfaction with the nurse practitioner was largely due to the more comprehensive nature of their assessments. According to Thompson in 1982, Gerdes in 1980, and Steinmen et al in 1980, consumers or clients with even limited experience with nurse practitioners have been found to express universal or unequivocal satisfaction.

The U.S. Congressional Office of Technology Assessment released a report in 1986 and confirmed the positive impact that the nurse practitioner program has had on reduction of costs, quality of care, and increased accessibility to health care services. Canadian literature reports evidence of saving the physician's time and increasing the numbers of families served or numbers of client services provided following the introduction of this role.

According to Denton et al in 1982, estimates of potential financial savings in Canada and the U.S.A. ranged between 10% to 25% of total ambulatory care costs by substitution of nursing for some physician services. Lomas and Stoddart argued that in Canada, by appropriately substituting nurse practitioners in functions currently unnecessarily performed by physicians, there is a potential for replacement of 20% to 30% of physician use by nurses in the expanded role.

A 1982 study at McMaster University's faculty of social science concluded that the widespread employment of nurse practitioners during 1980 could have resulted in savings of 10% to 15% for medical services as a whole and 16% to 24% for ambulatory services, which would translate to \$300 million off the then total health care budget of \$3 billion.

In relation to the crisis of the loss of nurses from the profession, studies have also indicated that the expanded role has increased job satisfaction among nurses. A study entitled *The Quality of Working Conditions for Nurses* is currently in progress at McMaster University and the University of Toronto, investigating ways to improve the recruitment and retention of nurses. The vacancy rate in Ontario is presently 4.3%, 9.1% in Toronto. Statistically, one out of every 123 Canadians and one out of every two health care providers is a nurse. Through the fostering of consultation and collaboration there will be increased professional self-esteem. As a respected member of the health team, greater professional recognition will add increased energy and visibility and should work to counteract the debilitating shortages in nursing service.

[Translation]

soins compétents et efficaces. Plusieurs études sur la qualité des soins fournis par les infirmières praticiennes ont montré qu'elles étaient l'équivalent des médecins dans des domaines tels que les conseils de santé et l'éducation sanitaire.

De nombreuses études, comme celles de Sults en 1980, montrent que c'est en raison de la nature plus globale des évaluations des infirmières praticiennes qu'elles sont appréciées par les consommateurs. D'après Thompson en 1982, Gerdes en 1980 et Steinmen et al en 1980, même des consommateurs ou des clients ayant une expérience limitée des infirmières praticiennes se déclarent universellement ou catégoriquement satisfaits de leurs services.

Le bureau d'évaluation technologique du Congrès américain a publié en 1986 un rapport confirmant que le programme d'infirmières praticiennes avait contribué à réduire les coûts, à améliorer la qualité des soins et à faciliter l'accès aux services de soins de santé. Les documents canadiens montrent qu'avec l'apparition de l'infirmière canadienne, les médecins ont gagné du temps, le nombre de familles bénéficiant de services a augmenté et les services eux-mêmes ont pu devenir plus nombreux.

D'après Denton et al 1982, les économies potentielles réalisées au Canada et aux États-Unis seraient de l'ordre de 10 p. 100 à 25 p. 100 du total des coûts des soins ambulatoires. Selon Lomas et Stoddart, au Canada, en utilisant judicieusement les infirmières praticiennes, on pourrait leur confier 20 p. 100 à 30 p. 100 d'activités qui représentent actuellement un gaspillage du temps des médecins.

Une étude réalisée en 1982 à la faculté des Sciences sociales de l'université McMaster a montré qu'en faisant massivement appel aux infirmières praticiennes au cours de 1980, on aurait pu réduire de 10 p. 100 à 15 p. 100 les coûts de l'ensemble des services médicaux et de 16 p. 100 à 24 p. 100 les coûts des services ambulatoires, ce qui aurait représenté une économie de 300 millions de dollars sur le budget de trois milliards de dollars de la santé à l'époque.

Pour ce qui est de l'exode dans la profession des infirmières, des études ont aussi montré que l'élargissement du rôle avait entraîné un accroissement de la satisfaction professionnelle des infirmières. Une étude intitulée «qualités des conditions de travail des infirmières et infirmiers» visant à améliorer le recrutement et à retenir les infirmières dans la profession est actuellement en cours à l'université McMaster et à l'université de Toronto. Le taux de vacance en Ontario est actuellement de 4,3 p. 100, et de 9,1 p. 100 à Toronto. Statistiquement, un Canadien sur 123 et une personne assurant des soins de santé sur deux sont des infirmières ou des infirmiers. Grâce à une meilleure consultation et collaboration, on va améliorer la fierté professionnelle. En intégrant l'infirmière à l'équipe de spécialistes de la santé, en lui accordant une meilleure reconnaissance professionnelle, on développera son énergie et sa visibilité, et l'on devrait ainsi pouvoir contrer les pénuries démoralisantes de services infirmiers.

[Texte]

We are here today to seek your support for the concept of the nurse practitioner as an entry point to the health care system and to urge you to develop the health care centres where they can best be utilized.

In 1984 the Canada Health Act was amended to replace the medical practitioner with the health care practitioner. In commending the Canadian Nurses Association for their contribution to this amendment, Flora MacDonald, then Conservative MP for Kingston, stressed that:

The term "health care practitioner" . . . has opened the door to reform. . . but that opening is little more than a crack which will be of small use if no further action is taken by other governments.

Health care reforms need to revolve around allocation of resources. In terms of community-based programs, this means more dollars to multidisciplinary team delivery of health care where salaried health care providers practise collaboratively.

As has been proven, the non-medical model or the wellness model of accessing the health care system through a true community-based health care centre would save money, improve quality of care and lower the rate of expansion of health care costs.

The NPAO ask you to consider the recommendations of Ontario's recent Evans, Spasoff and Podborski reports, which are to: (1) place greater emphasis on primary care; (2) integrate and co-ordinate services; (3) achieve a community focus for health; and (4) increase emphasis on health promotion and disease prevention. These recommendations are also indicative of the beliefs and philosophies of the nurse practitioner.

• 0945

We would like to close with the words of two nurse practitioners, Wendy Boniface and Jean Fry:

Nursing and medicine have traditionally shared the common goal of providing for improved patient care. The nurse practitioner, with a major emphasis on prevention, health teaching and promotion of wellness, complements the physician's special "curative skills". We believe that the nurse practitioner concept has proven itself to be a viable one and that the primary care nurse has a definite, worthwhile role to play in the provision of improved health care for Canadians.

I could say a lot more, but we thank you and we would now like to open it for questions.

The Chairman: Thank you very much for your comments. I am sure there will be questions.

I guess one of the areas in which we have had some concern is that witnesses who have appeared before us have commented with varying degrees on the aspect of cost and how we might address the funding for health care. It is

[Traduction]

Nous sommes ici pour vous demander d'apporter votre appui à la notion d'infirmière praticienne comme première étape du régime de soins de santé et pour vous inviter à créer des centres de soins de santé là où ils peuvent être utilisés de façon optimale.

En 1984, la Loi canadienne sur la santé a été modifiée et a remplacé le terme «médecin» par le terme «professionnel de la santé». Félicitant l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour le rôle qu'elle avait joué dans cette modification, Flora MacDonald, alors député conservateur de Kingston, déclarait:

Le terme «professionnel de la santé» a ouvert la porte à la réforme. . . mais cette ouverture n'est guère qu'une fissure qui ne servira pas à grand-chose si les autres gouvernements n'enchaînent pas avec d'autres mesures.

Les réformes des soins de santé doivent être articulés autour de la répartition des sources en matière de programmes communautaires, cela veut dire consacrer plus d'argent à la prestation de soins de santé dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire faisant appel à la collaboration de dispensateurs de soins de santé salariés.

On a prouvé que le modèle non médical ou modèle de promotion du mieux-être permettant d'accéder au régime de soins de santé par le biais d'un authentique centre de soins communautaire permettrait de réaliser des économies, d'améliorer la qualité des soins et de ralentir le rythme de progression des coûts des soins de santé.

La NPAO vous demande de vous pencher sur les recommandations des récents rapports d'Evans, Spasoff et Podborski en Ontario, à savoir: (1) accorder une plus grande importance aux soins primaires; (2) intégrer et coordonner les services; (3) mobiliser la communauté au profit de la santé; (4) insister plus sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Ces recommandations sont aussi révélatrices des croyances et philosophies de l'infirmière praticienne.

Nous souhaiterions conclure sur ces mots de deux infirmières praticiennes, Wendy Boniface et Jean Fry:

Les sciences infirmières et la médecine ont le même but depuis toujours: fournir de meilleurs soins aux patients. L'infirmière praticienne qui s'attache tout particulièrement à la prévention, l'hygiène et la promotion du mieux-être, complète le médecin et ses compétences curatives particulières. À notre avis, la notion d'infirmière praticienne s'est révélée viable, et l'infirmière qui dispense des soins primaires a un rôle précis et valable à jouer dans un système dont le but est de fournir de meilleurs soins de santé aux Canadiens.

Je pourrais continuer longtemps, mais nous préférons vous remercier et répondre maintenant aux questions.

Le président: Merci beaucoup de vos commentaires. Je suis sûr que nous allons avoir des questions.

En particulier, les témoins que nous avons entendus ont évoqué à divers degrés la question du coût et les formules éventuelles de financement des soins de santé. C'est une question sur laquelle nous devons nous pencher. Vous nous

[Text]

certainly one of the aspects we have to look at and how we are going to deal with it. You have given us some figures I am sure the committee will find of interest and may wish to follow up as well.

In keeping with our rotation of members and starting the round of questioning, we would move in the first round to Mr. Karpoff, please.

Mr. Karpoff (Surrey North): Thank you very much. There are innumerable questions I would like to be able to ask. I am sure that others on the committee will also.

I found your presentation very fascinating. My own background of course is in social services and health care, particularly at the community level. One of the things I would like you to talk about in terms of the role of the nurse practitioner is this whole interrelationship between medical problems and social problems. I think of such things as child abuse, growing abuse of the elderly, sexual assaults, alcohol and drug abuse. All of them take a tremendous drain on our health care system in terms of personnel, staff and dollars, yet do not seem to be solved in a traditional medical, clinical approach to them.

I was wondering how you see the nurse practitioner, particularly in the urban centres, being used in dealing with what I would call overlapping medical and social problems, including problems of growing general standard of health of inner-city children due to poor nutrition

Ms Caroline Davies (President Elect, Nurse Practitioners Association of Ontario): I think there are a number of things the nurse practitioner is doing now that are useful in this area.

For instance, the nurse practitioner's major role is to see these people at a wellness level. A person may bring a child in to us for immunizations and well care right from pregnancy on. It gives us the opportunity in the prenatal stages to identify whether or not we think this mom and dad are going to need a lot of support as parents, if we are dealing with battered children, for instance.

We can identify this and give the parenting skills and support those parents may need to overcome the tensions and the great expectations they have for their child. We can also connect. For instance, child abuse does not happen in the beginning. We may do that by identifying with the background of the parents. Were they abused as children themselves? Does this put them into a high-risk category?

When the child comes in, if it is a new experience, we can monitor to see whether or not we feel the child has the confidence of a well-loved child or whether there are some tensions there. We can start working with those families right from the beginning, even before anything is clearly identified. We can possibly stem off and stop any kind of abuse that may occur because of other financial and social stresses going on in the family.

I do spend a lot of time with children who have been sexually assaulted. One of the things the nurse practitioner does in his or her interviewing of the psycho-social aspects, which is critically a part of our history taking, is to identify

[Translation]

avez communiqué des chiffres qui vont certainement intéresser le comité et peut-être susciter certaines questions.

Conformément à notre méthode de roulement, nous allons commencer par M. Karpoff.

M. Karpoff (Surrey-Nord): Merci beaucoup. J'aurais des milliers de questions à poser, comme mes collègues d'ailleurs, j'en suis sûr.

J'ai été fasciné par votre exposé. Évidemment, je viens moi-même du secteur des services sociaux et des soins de santé, notamment au niveau communautaire. À ce sujet, j'aimerais bien que vous nous parliez un peu du rapport entre problèmes médicaux et problèmes sociaux, et du rôle de l'infirmière praticienne à cet égard. Je pense à des choses comme l'enfance maltraitée, les mauvais traitements infligés de plus en plus souvent aux personnes âgées, les agressions sexuelles, l'alcoolisme ou la toxicomanie. Tout cela pèse terriblement lourd sur notre régime de soins de santé, que ce soit en personnel ou en argent, mais l'approche médicale, clinique traditionnelle ne semble guère utile à cet égard.

Pensez-vous que l'infirmière praticienne, en particulier dans les centres urbains, pourrait intervenir dans ce que j'appellerais les problèmes qui se trouvent à cheval sur le domaine médical et le domaine social, notamment les problèmes d'aggravation de la santé des enfants citadins qui ne mangent pas bien.

Mme Caroline Davies (présidente élue, Nurse Practitioners Association of Ontario): Je pense que l'infirmière praticienne fait déjà beaucoup de choses très utiles dans ce domaine.

À titre d'exemple, l'infirmière praticienne voit les gens quand ils sont encore en bonne santé. Quelqu'un peut nous amener un enfant à vacciner, et nous suivons même des enfants dès la grossesse. Cela nous donne la possibilité, dès l'étape prénatale, de voir si les parents vont avoir besoin d'aide, en particulier, par exemple, dans le cas des enfants battus.

Nous pouvons cerner le problème et apporter aux parents l'aide nécessaire pour surmonter les tensions et modérer les espoirs considérables qu'ils placent dans leurs enfants. Nous pouvons aussi assurer un lien. Par exemple, les enfants ne se font pas maltraiter spontanément. Nous pouvons fouiller dans le passé des parents. Ont-ils été eux-mêmes victimes de sévices quand ils étaient enfants? La famille se trouve-t-elle de ce fait dans une situation à risque élevé?

Quand l'enfant arrive, si c'est une expérience nouvelle, nous pouvons essayer de voir s'il se sent en confiance ou s'il subit les tensions de la famille. Nous pouvons essayer de travailler avec ces gens-là dès le début avant que les choses ne se précisent. Nous pouvons leur éviter d'en arriver à certaines formes d'agressions entraînées par d'autres stress, financiers et sociaux.

Je passe beaucoup de temps avec des enfants qui ont été victimes d'agressions sexuelles. Lorsqu'elle se penche sur les aspects psycho-sociaux, qui sont un élément essentiel de sa recherche sur les antécédents, l'infirmière praticienne essaie

[Texte]

whether or not things are happening in that family for the child that could be of an incest nature. For instance, for myself, I see a lot of young adolescents. You just ask how they are getting along with their parents. At the Hospital for Sick Children, for instance, I had to ask that question because such a large percentage of the children we saw were potentially sexually abused. It gets right down to the nitty-gritty of has anything ever happened to you that really upset you?

• 0950

Many a disclosure was made by a good interviewing technique for which the nurse practitioner not only "has the time"—which means we have no more time than anyone else, except that we have mandated the time to make sure that we have covered those high-risk areas of sexual abuse, and many a disclosure has been made because we asked. And getting protection for the child, for instance. . . It is the same with the elderly abused, the same kind of process, making sure they have the privacy and the confidence to express themselves clearly. So we are not just dealing with the illness they have come in with, but other issues in that social system that may be critical.

I suppose for us it is stopping it before it starts—asking the questions about things that create a potentially high risk for that group, which we are also really concerned about. It is not simply finding the problem and stopping it, but, as I said, with the parenting and with the dynamics within a dysfunctional family identifying whether or not there needs to be some support so that it gets stopped before it starts.

Nutritional problems are the same. I always do a 24-hour diet review. Rarely does my doctor ask me what I ate, and not because he or she does not want to, but because they have twenty other people lined up in the waiting room. That is where the nurse practitioner is taking that wellness flow, so physicians are seeing the ones who already require curative care and we are asking the questions to prevent it.

Mr. Karpoff: My experience in this may have been more in British Columbia, but there has been more expansion of the nurse practitioner role in rural or isolated areas because of difficulty in getting physicians and sometimes in the inner city because of the overwhelming social problems being associated with them. So I am familiar with places like the community health centre in downtown Vancouver or James Bay.

How do you see using community health centres? You talked about them as the baseline for a nurse practitioner. What are the barriers for preventing an expansion of that role? I wonder whether the fee-for-service concept of physician services prevents the expansion of the nurse practitioner role in an urban centre.

Ms Davies: I will answer your second question first. I do think that for nurse practitioners the fee-for-service system does interfere with a multi-disciplinary approach to health care, because right now under most of the insurance services,

[Traduction]

de déterminer si certains comportements de nature incestueuse se produisent dans la famille de l'enfant. Je vois par exemple de nombreux jeunes adolescents. On leur demande simplement comment ils s'entendent avec leurs parents. Par exemple, à l'Hôpital des enfants, je posais toujours la question parce qu'un pourcentage important des enfants que nous voyions avaient été molestés sexuellement. En fin de compte, il fallait leur demander: est-ce qu'il t'est déjà arrivé quelque chose qui t'a beaucoup troublé?

Une infirmière praticienne qui sait comment s'y prendre peut découvrir beaucoup de choses, pas seulement parce qu'elle «a le temps» (car nous n'avons pas plus de temps que les autres, mais nous nous arrangeons pour en trouver pour pouvoir déceler ces problèmes d'agression sexuelle). Pour la simple raison que nous posons la question, nous découvrons souvent quelque chose. Il faut ensuite obtenir qu'un enfant soit protégé, par exemple. . . C'est la même chose pour les personnes âgées qui sont maltraitées, là encore, nous devons les mettre en confiance, en privé, leur permettre de s'exprimer. Nous ne nous occupons donc pas uniquement des maladies pour lesquelles ils viennent consulter, mais également d'autres problèmes d'ordre social, qui sont parfois graves.

Pour nous, il s'agit d'arrêter quelque chose avant même que cela ait commencé, de poser des questions lorsque le risque potentiel est élevé; il ne s'agit pas seulement de trouver le problème et d'y mettre fin, mais comme je l'ai dit, dans le cas d'une famille qui fonctionne mal, nous pouvons déterminer si un soutien s'impose, empêcher qu'une situation ne commence à se détériorer.

Cela vaut également pour les problèmes de nutrition. Je demande toujours aux gens ce qu'ils mangent pendant une période de 24 heures. Mon docteur me demande rarement ce que j'ai mangé, pas parce qu'il n'en a pas envie, mais parce qu'il a 20 autres personnes qui attendent dans la salle d'attente. Voilà le rôle de l'infirmière praticienne; grâce à elle, les médecins peuvent se permettre de voir les patients qui ont véritablement besoin de soins; de notre côté, nous posons des questions qui empêcheront les choses de s'aggraver à ce point là.

M. Karpoff: Je connais mieux la situation en Colombie-Britannique, mais est-ce que le rôle de l'infirmière praticienne a pris plus d'importance dans les régions rurales ou isolées où il est difficile de trouver un médecin et parfois également dans le centre des villes où l'on se heurte à d'énormes problèmes sociaux. Je connais bien des situations comme celles du centre de santé communautaire du centre-ville de Vancouver ou encore celui de la Baie James.

Pour vous, comment faut-il utiliser les centres de santé communautaires? Vous avez expliqué que c'étaient les quartiers généraux des infirmières praticiennes. Qu'est-ce qui les empêche d'étendre leur influence? Je me demande si le principe qui consiste à rémunérer les prestations des médecins n'empêche pas les infirmières praticiennes de jouer un rôle plus actif dans les centres urbains.

Mme Davies: Je vais commencer par votre deuxième question. Je suis convaincue que le système de rémunération pour les services rendus est nuisible à la démarche multidisciplinaire parce qu'à l'heure actuelle, en vertu de la

[Text]

and I certainly can speak best to the OHIP system, only physicians can charge for services. So in a lot of cases, unless family physicians are really committed to the concept—and there are quite a few who are committed, but not enough who are willing to pay a salary to the nurse practitioner—they just do not use them. Therefore, a lot of these wellness and illness prevention processes are not dealt with.

Also in the fee-for-service system we are dealing with a curative approach and an encouragement to have the person come back a second, third, or fourth time, whereas in the salaried role we have a mandate to keep those people well and give them control over their own health care so that they do not need to use physician services as frequently. Certainly that is the whole concept in the wellness concept.

On the first part of your question as far as the utilization of community health centres, I really firmly believe that community health centres are community-based so each community is identifying the problems they have and they know which areas they want it to deal with. So there would be a clinical basis where if you have a sore throat you come in and you are seen. Certainly that is dealt with and that may be dealt with by the nurse practitioner or the physician, because a lot of sore throats are not bacterial or require medical judgment. But there is also the whole issue of issues within the community such as wife abuse or some other issues that might be lead poisoning in the community and you want to tackle an environmental issue as well.

• 0955

The thing is that it allows for a multi-disciplinary approach to the problem. My belief is that those who take care of a person day in and day out from kind of the cradle to the grave really know the family. They know all the members of the family. They know what their needs are and they can best co-ordinate the health care, be it the nurse practitioner, the physiotherapist, the physician, the chiropodist, chiropractor, whoever it is that the community has chosen to have as part of their community-based, multi-disciplinary approach to health care. Some of the community health care centres may be very mental health oriented, as in the Parkdale area. Others may be occupational health oriented if they are in a factory area. They are preventing things from happening in the first place, or monitoring so that the community is feeling that those things are being met.

For instance, I had a little Portuguese boy come in who had cut the tip of his finger off helping his dad dig out a basement. Chances are he will probably be a construction worker when he grows up—not necessarily, but chances are if he models his dad. I was able to sit down with him and counsel him on occupational health and safety, because I did not want him to lose an arm the next time. I may have helped a whole workers compensation mess if in fact this boy, who is now very upset that he has lost the tip of his finger, is much more respectful of the machinery around him.

[Translation]

plupart des régimes d'assurance, l'OHIP en particulier, seuls les médecins peuvent se faire rémunérer pour leurs services. Dans l'ensemble, les médecins ne font donc pas appel aux infirmières praticiennes pour éviter de devoir leur payer un salaire, et seuls ceux, assez nombreux, qui sont convaincus des avantages du système, le font. On ignore donc très souvent toutes ces pratiques de bonne santé et de prévention.

D'autre part, avec le système de rémunération par prestation, on adopte une démarche axée sur le traitement, on encourage les gens à revenir une deuxième, une troisième ou une quatrième fois, alors que nous, nous sommes là pour aider ces gens à rester en bonne santé, à mieux contrôler leur propre santé, à éviter de devoir faire appel aux services d'un médecin. Voilà le fondement du principe de la bonne santé.

Quand à la première partie de votre question: l'utilisation des centres de santé communautaires, je suis convaincue que ces centres doivent être situés dans chaque communauté, pour mieux pouvoir identifier les problèmes particuliers d'une région donnée. Il y aurait un aspect clinique, et lorsqu'on a mal à la gorge, on pourrait venir se faire examiner. Ce genre de choses peut être traité par l'infirmière praticienne ou par le médecin, car il y a beaucoup de maux de gorge qui ne sont pas d'origine bactérienne et qui n'exigent pas une intervention de médecin. Cela dit, il y a d'autres problèmes dans la communauté: les femmes maltraitées, entre autres, des problèmes d'empoisonnement au plomb, etc, si vous voulez vous lancer dans tous les aspects écologiques également.

L'important, c'est que cela permet une démarche multidisciplinaire. Les gens qui s'occupent d'une personne jour après jour, pour ainsi dire du berceau à la tombe, finissent par très bien connaître une famille. Ils connaissent tous les membres de cette famille. Ils savent quels sont leurs besoins, ils sont bien mieux à même de coordonner les soins de santé, qu'il s'agisse de l'infirmière praticienne, du physiothérapeute, du médecin, du pédicure, du chiropracteur, de quiconque a décidé de travailler dans ce cadre de santé communautaire et multidisciplinaire. Certains centres de santé communautaires sont axés principalement sur la santé mentale, par exemple à Parkdale. D'autres, qui sont situés dans une zone industrielle, insistent plus sur la santé professionnelle. Ils cherchent à éviter les problèmes, ou à suivre de près une situation pour que la communauté sache bien que quelqu'un s'occupe de ces questions.

Par exemple, un jour j'ai vu un petit garçon portugais qui s'était coupé le bout du doigt en aidant son père à creuser une cave. Il y a de grandes chances pour qu'il devienne un travailleur de la construction quand il sera grand, ce n'est pas certain, mais s'il imite son père, c'est une possibilité. J'ai pris le temps de lui parler de la sécurité au travail pour éviter qu'il ne perde un bras la prochaine fois. J'ai peut-être évité un accident du travail désastreux si j'ai pu convaincre ce petit garçon, très ennuyé d'avoir perdu le bout de son doigt, de traiter les machines qui l'entourent avec un peu plus de respect.

[Texte]

The community health centre allows for health care to go out from the community health centre to the services beyond. A family physician knows if a client needs home care better than do other people. So those kinds of things are monitored by the people who really know the client best.

Ms Greene (Don Valley North): You are working in a clinic setting, is that correct?

Ms Goodine: I am presently working in a community health centre.

Ms Greene: On an experimental basis?

Ms Goodine: Oh, no. This community health centre has been in existence for a very long time.

Mr. Halliday (Oxford): Where?

Ms Goodine: It is in Etobicoke South in Toronto. It is called Lamp Community Health Service. It is a Lakeshore multi-disciplinary project. It services the area of Etobicoke South with a multi-disciplinary team approach to health, family counselling, chiropody, speech, psychiatric care, long-term care.

Ms Greene: This is like the funding in the Lamp health care centre?

Ms Goodine: Yes, something like that.

Ms Greene: How do you co-ordinate your activities with the public health? Because I can see a fair amount of overlap.

Ms Goodine: Not necessarily, because public health goes out into the homes and they do not actually do hands-on nursing care, or they do a very general assessment of a client and maybe the referrals that are necessary for that person, and make sure they are functioning in their activities of daily living. They are doing more of a psycho-social type of assessment, where the VON nurses do more of a clinical type of care in the home, if there are dressings, for example, or injections. But in the community health centre we see people.

I function as a frontline health care provider. I see my own clientele. I work collaboratively with a physician and it works so nicely. I do well-baby assessments, pre-natal and post-natal assessments, elderly care, plus I monitor a lot of chronic illnesses in the community. We also do home visits for those who cannot get up to the clinic.

If I see that there is any sort of papaphysiology at all, I consult with the physician—and vice versa: she refers to me if someone needs health education or counselling.

Ms Greene: How does home care fit into this? Look at all the agencies that are involved. How do we prevent overlap and duplication here?

Ms Goodine: I think home care has to come from the community rather than an order being written in the hospital saying this person needs home care, take care of it. It needs to come from the community. If there were more community health centres that said I know this person, this is what they need in the community, they could organize the home care that is necessary with the services that are already there in place. We interact really strongly with public health, not too

[Traduction]

Le centre de santé communautaire permet d'offrir des soins de santé dans la communauté même et pas seulement à l'intérieur du centre. Un médecin de famille est mieux placé que quiconque pour déterminer qu'un client a besoin de soins de santé à domicile. Ces besoins-là sont suivis par les gens qui connaissent le mieux la situation des clients.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Vous travaillez dans une clinique, n'est-ce pas?

Mme Goodine: Je travaille actuellement dans un centre de santé communautaire.

Mme Greene: À titre expérimental?

Mme Goodine: Oh, non. C'est un centre qui existe depuis très longtemps.

M. Halliday (Oxford): Où cela?

Mme Goodine: À Etobicoke Sud, à Toronto. C'est le centre Lamp Community Health Service, un projet multidisciplinaire de Lakeshore. Il dessert le secteur d'Etobicoke Sud et offre les services d'une équipe multidisciplinaire: psychologie familiale, pédicurie, diction, soins psychiatriques, soins à long terme.

Mme Greene: C'est comme le financement du centre de santé Lamp?

Mme Goodine: Un peu, oui.

Mme Greene: Comment coordonnez-vous vos activités avec les services de santé publique? J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de chevauchements.

Mme Goodine: Pas forcément, parce que les services de santé publique se rendent à domicile et n'offrent pas vraiment de soins directs. Il leur arrive de faire une évaluation générale et de référer un client au service dont il a besoin, ils s'assurent qu'un client peut fonctionner normalement dans la vie quotidienne. Ce sont surtout des évaluations psycho-sociales, et les infirmières du VON offrent plutôt des soins de santé à domicile de nature clinique, changement de pansements, par exemple, ou injections. Par contre, au centre communautaire, nous voyons les gens.

Je suis spécialiste des soins de première ligne. J'ai ma propre clientèle. Je travaille en collaboration étroite avec un médecin, cela marche très bien. J'évalue la bonne santé des bébés, je fais des évaluations prénatales et post-natales, je m'occupe des personnes âgées et, très souvent, je suis l'évolution de maladies chroniques dans la communauté. Nous visitons également à domicile les gens qui ne peuvent pas venir à la clinique.

Dès que je trouve un problème physiologique, je consulte le médecin et, inversement, elle me consulte quand quelqu'un a besoin d'éducation ou de conseils en matière de santé.

Mme Greene: Et les soins à domicile dans tout cela? Pensez un peu à tous les organismes qui s'en occupent. Comment faire pour éviter les chevauchements?

Mme Goodine: À mon avis, les soins à domicile doivent partir de la communauté au lieu que quelqu'un dans un hôpital décide: telle personne a besoin de soins à domicile, occupez-vous-en. La décision doit partir de la communauté. S'il y avait plus de centres de santé communautaires, des centres à l'écoute de la communauté, ils pourraient organiser les soins à domicile et faire appel aux services qui existent déjà. Nous avons des liens étroits avec la santé publique, pas

[Text]

much the VON right now, but public health. We run a family planning clinic where the public health nurse does a lot of the initial assessments and we do the actual hands-on clinical assessments.

• 1000

In relationship to the home care, we would go in and see how a person is doing, but we would not be going in daily to do the dressings or getting them up to get dressed or allowing them to stay in the home longer. It is the home care concept that allows them to stay in their homes instead of having to be hospitalized, but we would be the ones to contact home care and say let us get in there so we can keep this person well as long as possible. For instance, elderly with flu—something that simple may sound minor, but if we do not get in there and start helping them reduce what they have to do in their daily living they may get sicker and have to go into the hospital. We may not be the ones to go in every day, but as part of that multi-disciplinary team we would identify that home care should go in.

Ms Greene: Home care also has multi-disciplinary teams that have social workers and people from a variety of fields. Home care charges on a sliding scale, whereas your services are paid directly?

Ms Davies: From the Ministry of Health.

Ms Goodine: The community health centre where I work is by capitation.

Ms Greene: One of the big issues in this particular study is the funding of the entire health care system. You are obviously providing preventative services free of charge, which I think is perhaps the way it should be, but we also have home care charging on a sliding scale for home care, which is again supposed to be designed to keep people out of institutions.

What do you think of the concept of a fee for institutional care on a sliding scale based on the savings accrued to an individual by being in an institution? For example, if it is active treatment, an acute care hospital, it might just be something equivalent to the meals. If it were a chronic care hospital it would be something similar to what the nursing homes and homes for the aged charge on a sliding scale, which recognizes that they no longer have to have a home, as well as meals. What is your opinion on that issue?

Ms Davies: This would not necessarily be the opinion of the Nurse Practitioners Association of Ontario. I know that you are hinting at a model that has been looked at in Kenner from the United States, at the CHO concept, the comprehensive health organization concept, where the community purchases services from the hospital.

I believe very strongly in universal health care, and anything that suggests a two-tiered system or three or a four is very threatening, because what we end up doing is creating. . . When do we divide the line, and who can afford the system?

[Translation]

tellement en ce moment avec le VON, mais certainement avec la santé publique. Nous avons une clinique de planning familial, où l'infirmière de la santé publique fait une première évaluation, après quoi nous procédons à une véritable évaluation clinique.

Quant aux soins à domicile, nous allons voir les gens, nous voyons comment ils se débrouillent, mais nous ne faisons pas de visites quotidiennes pour changer les pansements, aider les gens à s'habiller ou leur permettre de continuer à habiter chez eux plus longtemps. C'est le concept des soins à domicile qui leur permet de rester dans leur maison et de ne pas être hospitalisé. Cela dit, c'est nous qui entrons en contact avec les services de soins à domicile pour décider d'une stratégie pour que la personne en question reste en bonne santé le plus longtemps possible. Par exemple, prenons une personne âgée qui a la grippe; a priori, cela semble mineur, mais si nous n'allons pas la soulager dans ses tâches quotidiennes, son état risque de s'aggraver, ce qui la forcerait à aller à l'hôpital. Ce n'est pas vraiment nous qui lui rendons visite chaque jour, mais grâce à cette équipe multidisciplinaire, nous pouvons déterminer que des soins à domicile s'imposent.

Mme Greene: Les services de soins à domicile ont également des équipes multidisciplinaires, des travailleurs sociaux, des spécialistes dans plusieurs domaines. Les soins à domicile sont facturés selon une échelle proportionnelle, mais vos services à vous sont payés directement?

Mme Davies: Par le ministère de la Santé.

Mme Goodine: Dans le centre de santé communautaire où je travaille, il s'agit d'un forfait par patient.

Mme Greene: Un élément important de notre travail porte sur le financement de tout le système de santé. De toute évidence, vous offrez des services préventifs gratuits, ce qui est probablement justifié, mais nous faisons payer les soins à domicile d'après une échelle proportionnelle, un système qui est censé empêcher les gens d'être placés dans une institution.

Que pensez-vous de l'idée de facturer les soins en institution d'après une échelle proportionnelle aux économies qu'une personne réalise, du simple fait qu'elle se trouve dans une institution? Par exemple, s'il s'agit d'un traitement actif dans un hôpital de soins intensifs, il pourrait s'agir uniquement du prix des repas. Par contre, dans un hôpital de soins chroniques, cela pourrait être l'équivalent du prix des foyers pour personnes âgées et des cliniques, un tarif qui tient compte du fait que les gens n'ont plus à entretenir une maison. Que pensez-vous de cet aspect-là?

Mme Davies: Ce n'est pas forcément l'opinion de l'Association des infirmières praticiennes de l'Ontario que je vais vous donner. Je sais que vous faites allusion à un modèle américain qui a été étudié à Kenner, le principe d'une organisation globale de la santé, la communauté achetant des services à un hôpital.

Je suis convaincue des mérites de services de santé universels, et un système qui introduit des paliers, deux, trois ou quatre, me semble menaçant, car, en fin de compte. . . Où faut-il tirer la ligne, décider qui a les moyens et qui ne les a pas?

[Texte]

I think we need to be able to ask how we prevent illness in the first place. We know that well over 50% of those who are in hospital are in there with preventable illnesses. Not until we as a society start to address the fact that society should not encourage illnesses that should not exist in the first place can we decrease health care costs. That is a long-term—

Ms Greene: Right now, for example, in charging for meals on wheels, for home care, for community care basically, in those examples, not for the public health, not for the community health clinic... Yet there we are with the institutions. I have had discussions with nurses—not here—and it seems to me that with institutional care, which is very, very expensive, in some instances individuals are rather reluctant to take their elderly parents out of the hospital because they are not accruing any costs. In one example it was suggested to me that the people left the patient in for several days because it was not convenient for them to pick the patient up until the weekend. If they could charge a fee, even a small fee, it might be an incentive to get people out of hospital.

Ms Davies: I think that is a punitive approach, though. I can give you a quick example of an elderly couple where she had had a number of strokes and was coping reasonably well, but with the way the home care system is now she was given a limited number of hours of home care service—

Ms Greene: Yes, and charged.

Ms Davies: And charged. But her husband, who was even older than she, knew that they were slowly running out of money. She always bounced back. It was amazing. Everybody said that is it, but she would bounce right back and was terrific. What she needed was a little additional help in getting dressed in the morning and a little bit of additional help getting ready for bed at night, but not hospitalization.

• 1005

The two of them were in their own little apartment that had everything but cooking services, and they went down to a dining room for that. What happened was that financially they could no longer pay for it. The two of them went into a nursing home, which cost the taxpayer a lot more money. All they needed was—

Ms Greene: They also pay in the nursing home.

Ms Davies: They were paying their own... that is right. It cost the taxpayer a lot more money to put them into the nursing home and to keep them—

Mrs. Clancy (Halifax): But not always.

Ms Greene: Yes, but on a sliding scale. I do not know about Nova Scotia, but it is in Ontario.

Ms Davies: The point was that they were in their home. They were paying their own rent, they were paying for their own meals and they were able to handle that. It was the extra—not even nursing care—home care they required that caused them to have to go into the nursing home, because they did not have to pay for it.

[Traduction]

Il faut commencer par nous demander ce que nous pouvons faire pour prévenir la maladie. Nous savons que plus de 50 p. 100 des gens qui sont dans les hôpitaux souffrent de maladies qui auraient pu être évitées. Tant que la société ne décidera pas sérieusement de prévenir les maladies qui ne devraient pas exister, nous ne réussirons pas à faire diminuer les coûts de la santé. C'est un objectif à long terme. . .

Mme Greene: À l'heure actuelle, nous faisons payer les repas à domicile, les soins à domicile, les soins dans la communauté, mais la santé publique, les cliniques de santé communautaire, ne facturent pas. Et pourtant, nous avons ces institutions. J'ai eu l'occasion d'en discuter avec des infirmières, en dehors du comité, et il me semble que parfois les gens n'hésitent pas à laisser leurs parents âgés à l'hôpital, car cela ne coûte rien, mais en réalité, les soins en institution reviennent excessivement chers. On m'a parlé d'une famille qui avait laissé un patient à l'hôpital pendant plusieurs jours parce que cela ne les arrangeait pas de le ramener à la maison pendant la fin de semaine. Si l'on pouvait facturer ces soins, même si c'était minime, cela encouragerait les gens à sortir de l'hôpital.

Mme Davies: C'est une démarche punitive. Je peux vous donner l'exemple d'un couple âgé; elle avait eu plusieurs attaques et survivait assez bien, mais les services de soins à domicile lui offraient un nombre limité d'heures de soins par semaine. . .

Mme Greene: Des soins qui sont facturés.

Mme Davies: Effectivement, facturés. Mais son mari, qui était encore plus âgé, savait qu'ils étaient sur le point de manquer d'argent. Chaque fois, elle se remettait sur pied. C'était étonnant. Chaque fois, les gens disaient, c'est la fin, mais chaque fois elle se remettait et repartait de plus belle. Elle avait seulement besoin d'un peu d'aide pour s'habiller le matin, d'un peu d'aide pour se préparer pour la nuit, mais certainement pas d'être hospitalisée.

Ils vivaient tous deux dans leur petit appartement, qui était bien équipé, et pour les repas, ils descendaient à la salle à manger. En fin de compte, un beau jour ils n'en ont plus eu les moyens. Il sont donc allés dans un foyer, solution qui coûte très cher aux contribuables. Or, ils avaient seulement besoin. . .

Mme Greene: Les foyers aussi coûtent de l'argent.

Mme Davies: Ils payaient, effectivement. Mais il en coûte beaucoup plus cher aux contribuables d'entretenir les gens dans un foyer et de. . .

Mme Clancy (Halifax): Mais pas toujours.

Mme Greene: Si, selon une échelle proportionnelle. Je ne connais pas la situation en Nouvelle-Écosse, mais c'est le cas en Ontario.

Mme Davies: Le fait est que tant qu'ils ont vécu chez eux, ils ont payé leur propre loyer, ils ont payé leurs repas, ils se débrouillaient. C'est à cause des services supplémentaires, et même pas des services médicaux, qu'ils ont été forcés d'aller dans un foyer parce que là, ils ne devaient pas payer.

[Text]

The point was that if they could have had a better home care system of just 45 more minutes a day, they would have been able to stay out of the nursing home. He ended up, unfortunately, dying two months later because he just gave up. They could not get a room together.

Ms Greene: That is one of the points I am making: our existing system in fact discourages community care.

Ms Davies: I would say that we have to be very careful when we have people at the end of their life experience going in knowing that they are going to have a debt burden if they stay in.

Ms Greene: The sliding scale in effect in Ontario—and I am not familiar with what is in effect in Nova Scotia—is based on their income.

Ms Davies: Their income deteriorates when they are no longer bringing in money. This is what was happening with this gentleman; he thought he had a background of savings and it ended up that the savings were quickly being used.

Ms Greene: Right. So they can sell the house, go into the institution and recover.

Ms Davies: I think there is a certain level of dignity involved in this. That is my own personal view. I know that the views of a lot of organizations like the Canadian Nurses Association and the Registered Nurses Association of Ontario is very similar.

We should be creating a better health care system. We are plunking people into the hospital now who would not be in the hospital if they had better home care. We could be saving millions and millions of dollars a day if those people could be in the community instead, where they are using their own family resources to be there.

Ms Greene: This is the point I am making: you are charging for home care, but you are giving institutional care in the case of chronic care free.

Ms Davies: In the example you are giving, the family are feeling burnt out over the illness. We have to have better support systems so that the families do not. . . There are places like the Queen Elizabeth Hospital, day hospitals where people can go. There are respite like Parkwood Hospital in London, Ontario, where the elderly can be for two weeks—

Ms Greene: Every home for the aged has a day care program.

Ms Davies: —so their children can go on vacations.

Mrs. Clancy: In Toronto?

Ms Greene: In homes for the aged, yes.

Ms Davies: We are also dealing with small communities that do not have a lot of resources too. I think we have to consider all aspects. Once we start creating these systems that are non-universal, we are also going to be creating burdens in which there are going to be so many people falling through the cracks and it will create so much bureaucracy trying to balance that out.

Ms Greene: We have that system now.

[Translation]

Avec un système de soins à domicile mieux organisé, avec 45 minutes de plus par jour, ils auraient pu éviter d'aller dans un foyer. Malheureusement, lui est mort deux mois plus tard, complètement découragé; ils n'avaient pas pu obtenir une chambre pour deux.

Mme Greene: C'est justement ce que je vous dis: En réalité, notre système défavorise les soins communautaires.

Mme Davies: Quand les gens atteignent la fin de leur vie, quand ils savent qu'ils risquent d'accumuler une dette en restant où ils sont, nous devons faire très attention.

Mme Greene: En Ontario, l'échelle est proportionnelle au revenu, mais je ne sais pas comment cela se passe en Nouvelle-Écosse.

Mme Davies: Les gens qui n'ont plus de source active de revenus voient leurs économies s'épuiser. C'est ce qui s'est produit dans ce cas-là, ce couple avait des économies qui s'épuisaient rapidement.

Mme Greene: Exactement. Il ne leur reste qu'à vendre la maison et à s'installer dans une institution.

Mme Davies: Il y a également une question de dignité. C'est une opinion personnelle. Je sais que beaucoup d'organismes comme l'Association canadienne des infirmiers et des infirmières et l'Association des infirmières agréées de l'Ontario partagent également cette opinion.

Il faut améliorer le système de soins de santé. Nous expédions à l'hôpital des gens qui n'en seraient pas là avec un meilleur système de soins à domicile. Nous pourrions économiser des millions et des millions de dollars par jour en permettant à ces gens-là de rester dans leur communauté, de continuer à utiliser leurs ressources familiales.

Mme Greene: C'est précisément ce que je vous dis: Vous faites payer les soins à domicile, mais vous offrez gratuitement les soins en institution pour les cas chroniques.

Mme Davies: Dans l'exemple que vous donnez, c'est toute la famille qui est épuisée par une maladie. Il faut un meilleur système de soutien pour que les familles ne. . . Il y a des hôpitaux comme l'hôpital Queen Elizabeth, des hôpitaux de jour. Il y a des hôpitaux qui sont là pour permettre aux gens de souffler, par exemple l'hôpital Parkwood à London en Ontario, où les gens peuvent envoyer un parent âgé pendant deux semaines. . .

Mme Greene: Tous les foyers pour personnes âgées ont des programmes de jour.

Mme Davies: . . .pour pouvoir prendre des vacances.

Mme Clancy: À Toronto?

Mme Greene: Dans les foyers pour personnes âgées, oui.

Mme Davies: Il faut penser aussi aux petites communautés qui n'ont pas beaucoup de ressources. Il faut penser à tous les aspects de la question. Quand on met en place des systèmes qui ne sont pas universels, on crée forcément d'autres problèmes, on oublie beaucoup de cas particuliers, et on se condamne à entretenir une lourde administration pour maintenir l'équilibre entre tout cela.

Mme Greene: C'est déjà notre système.

[Texte]

Mrs. Clancy: In some places.

Ms Davies: Large urban centres are wonderful havens for all kinds of social service resources, but not little communities like North Bay or Sturgeon Falls. Little places just do not have the resources; they do not have the options. What we really have to do is to try to keep people... and using the community-based model, where our goal is to keep our clients well.

Ms Greene: Yes, I agree. The point I am making is that now we are charging for certain types of home care and we are not charging for certain types of institutional care such as chronic care hospitals. We are charging for nursing homes. There are all kinds of anomalies in the system that encourage institutionalization.

Ms Davies: Sure. It is causing problems. I am saying that if we re-evaluate it... Looking at the Spasoff report, for instance, if we could do some of those reversals then we would not be running into the conflicts of charging for one and not the other. Have a universal concept. My beef would be that they combine COMSOC and the Ministry of Health, but I will not say too much about that.

The Chairman: Thank you. Just before moving to Dr. Pagtakhan, I think in your opening comments, when you talk about the \$300 million and the roughly 10%, is that an estimate? Is that what you are evaluating as the difference? I am just wondering how you come up with a figure like that. By the enhancement of home care services, is that what you feel would be the saving that would take place within the system?

• 1010

Ms Goodine: There was a 1982 study, which was carried out at McMaster University. I can give you the reference if you like.

The Chairman: I think we have that.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I would like to welcome you to our committee. Firstly, what is the size of your association?

Ms Goodine: In Ontario there are about 200 nurse practitioners who are actually members of the NPAO. There are more practising nurse practitioners who are not members, and we have some out of province as well.

Mr. Pagtakhan: Is there a national across-the-country association?

Ms Goodine: No. NPAO in Ontario is listed in the federal publication as being national. I am not sure of the exact numbers, but about 1,000 nurse practitioners graduated from the programs at McMaster University and the University of Toronto.

Mr. Pagtakhan: So there is a specialized nurse practitioner.

Ms Goodine: There was, but there is not now. I am not sure if you are aware of it, but the Registered Nurses Association of Ontario and the CNO, the College of Nurses, have made their mandate the entry to practise into nursing as

[Traduction]

Mme Clancy: Dans certains endroits.

Mme Davies: Les grands centres urbains sont des refuges merveilleux grâce à toutes leurs ressources sociales, mais ce n'est pas le cas de petites communautés comme North Bay ou Sturgeon Falls. Ces petits centres ne disposent pas des mêmes ressources, ils n'ont pas autant d'options. Nous devons avant tout essayer d'empêcher les gens... Avec un système fondé dans la communauté, on peut avoir pour principal objectif de garder les gens en santé.

Mme Greene: Oui, je suis d'accord. Mais à l'heure actuelle, nous faisons payer certains soins à domicile, mais nous ne faisons pas payer les soins en institution, par exemple dans les hôpitaux pour les cas chroniques. Nous faisons payer les foyers. Il y a toutes sortes d'anomalies, qui encouragent la mise en institution.

Mme Davies: Certainement. Cela pose des problèmes. Je prétends que si nous réévaluons... Prenez le rapport Spasoff, par exemple, si nous suivions certaines de ses recommandations, nous éviterions de faire payer certains soins pendant que d'autres sont gratuits. C'est un concept d'universalité. Je regrette seulement l'idée de regrouper les services sociaux et le ministère de la Santé, mais je ne m'étendrai pas sur cette question.

Le président: Merci. Avant de donner la parole au docteur Pagtakhan, je reviens à vos observations d'ouverture, vous parlez de 300 millions de dollars et d'environ 10 p. 100, est-ce que c'est une évaluation. C'est à cela que vous évaluez la différence? J'aimerais savoir comment vous en êtes arrivé à ce chiffre. Est-ce en mettant davantage l'accent sur les services de soins à domicile que l'on pourrait, à votre avis, réaliser des économies dans le système?

Mme Goodine: Une étude a été réalisée en 1982 à l'Université McMaster. Je peux vous donner la référence précise, si vous voulez.

Le président: Je crois que nous avons déjà ce renseignement.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Je vous souhaite la bienvenue à notre comité. Premièrement, quelle est la taille de votre association?

Mme Goodine: En Ontario, il y a environ 200 infirmières praticiennes qui sont membres de notre association. Il y en a d'autres, plus nombreuses, qui ne sont pas membres, et nous comptons également quelques membres de l'extérieur de la province.

M. Pagtakhan: Existe-t-il une association nationale?

Mme Goodine: Non. Dans la publication fédérale, on décrit la NPAO de l'Ontario comme une association nationale. J'ignore le chiffre exact, mais environ 1,000 infirmières praticiennes sont diplômées de l'Université McMaster et de l'Université de Toronto.

M. Pagtakhan: Il existe donc des infirmières praticiennes spécialisées.

Mme Goodine: Il y en avait, mais plus maintenant. Je ne sais pas si vous êtes au courant, mais la Registered Nurses Association of Ontario, ainsi que le CNO, c'est-à-dire le collège des infirmières, se sont fixés comme mission de faire

[Text]

a baccalaureate. When they brought that into effect, the funding was withdrawn from many of the smaller diploma-type certificate programs specializing in certain areas of health care, so that they could focus on a baccalaureate as an entry point for nurses. That is what happened specifically at McMaster University, where the post-RN, BSc N program, was developed, incorporating some of the concepts of the role of the nurse practitioner. Certainly there is a need.

Right now we are lobbying the government provincially for the redevelopment of nurse practitioner programs at a graduate level.

Mr. Pagtakhan: That brings me to my next question. What type of dialogue—number, quality and likelihood of success—has your association had with the Canadian Nurses Association and with the Registered Nurses Association of Ontario?

Ms Goodine: We have had a very positive dialogue. The Nurse Practitioners Association is an interest group of our larger professional association, the Registered Nurses Association of Ontario. CNO supports the role of the nurse practitioner provided that it stays within the standards of practice of nursing and the nursing college. There are standards for the nurse in the expanded role.

Mr. Pagtakhan: That brings me to the next question. You indicated the expanded role. Can you elaborate further in terms of the diagnostic role of the nurse, the treatment role of the nurse, and about what other aspects that expanded role means or encompasses?

Ms Goodine: As far as medical diagnosis is concerned, a nurse practitioner is trained to do a complete physical examination, a head-to-toe examination, which we know can be taught to other health care providers.

Mr. Pagtakhan: Definitely.

Ms Goodine: They are trained to recognize papap physiology, if it exists. As far as the treatment is concerned, they learn how to treat and what should be done, but they always do it in consultation and collaboration with the physician.

In my practice, if I do a well-woman examination and screen for cancer and use it as a health education tool for teaching the woman about her own body, if I recognize say a lump in the breast or something that looks funny on the cervix, then I always call in the physician, consult him and ask him to take a second look. If any sort of investigation or treatment is necessary, then that is done in consultation as well.

Mr. Pagtakhan: That is the given current practice with any nurse within the health system, that the doctor checks after.

[Translation]

en sorte que l'on exige un baccalauréat pour pratiquer le métier d'infirmière. Quand cette politique a été mise en vigueur, on a retiré le financement à beaucoup de petits programmes de formation offrant un certificat dans certains domaines de la santé, afin que l'on mette plutôt l'accent sur l'obtention d'un baccalauréat comme condition à la profession d'infirmière. C'est exactement ce qui s'est passé à l'Université McMaster, où l'on a mis au point le programme de baccalauréat en sciences infirmières, qui reprend en partie le concept et le rôle de l'infirmière praticienne. Chose certaine, il existe un besoin à cet égard.

À l'heure actuelle, nous faisons des pressions sur le gouvernement provincial pour que l'on relance les programmes de formation d'infirmières praticiennes au niveau du baccalauréat.

M. Pagtakhan: Cela m'amène à ma prochaine question. Quel genre de dialogue votre association a-t-elle avec l'Association canadienne des infirmières et avec l'Association des infirmières diplômées de l'Ontario? Je veux dire sur le plan des chiffres, de la qualité et de la possibilité de succès.

Mme Goodine: Nous avons un dialogue très positif. La Nurse Practitioners Association est un groupe d'intérêt émanant de notre association professionnelle qui nous chapeaute, c'est-à-dire l'Association des infirmières diplômées de l'Ontario. L'Association canadienne des infirmières appuie le rôle de l'infirmière praticienne pourvu que l'on se conforme aux normes édictées par le collège des infirmières. Le rôle élargi prévoit des normes pour l'infirmière.

M. Pagtakhan: Cela m'amène à ma prochaine question. Vous avez parlé d'un rôle élargi. Pourriez-vous nous expliquer davantage quel est le rôle de l'infirmière pour ce qui est du diagnostique, des traitements et des autres aspects que ce rôle élargi pourrait englober?

Mme Goodine: En ce qui concerne le diagnostic médical, l'infirmière de première ligne apprend à faire un examen complet du patient, de la tête aux orteils, et nous savons qu'on peut apprendre à d'autres dispensateurs de soins à en faire autant.

M. Pagtakhan: Absolument.

Mme Goodine: Elles ont la formation voulue pour reconnaître les symptômes parapsychologiques, le cas échéant. Quant au traitement, elles apprennent comment traiter les maladies et ce qu'il faut faire, mais elles le font toujours en consultation et en collaboration avec le médecin.

Personnellement, quand j'examine une femme en bonne santé pour déceler la présence éventuelle d'un cancer et aussi pour apprendre à la femme à bien connaître son propre corps, si je perçois la présence, disons, d'une grosseur au sein ou de quelque chose qui semble anormal au col de l'utérus, je consulte toujours le médecin et lui demande d'examiner la patiente. S'il faut un examen plus approfondi ou encore un traitement, alors cela se fait également en consultation.

M. Pagtakhan: C'est la pratique établie actuellement pour toutes les infirmières dans le cadre du réseau de santé, c'est-à-dire que le médecin fait une deuxième vérification.

[Texte]

My question is where does the legal responsibility lie when in the first instance the nurse, through inability or inadvertence—it may even have been something that in the hands of the best doctor could have been missed—missed an obvious pathology? I mean obvious in the sense that only later on... it was not really apparent to begin with. Then because it was missed, it was not called to the attention of the physician. Where do you see the protection for the nurses and for the doctor in terms of legal protection?

[Traduction]

Ma question est plutôt la suivante: à qui incombe la responsabilité sur le plan juridique lorsque l'infirmière, par incompétence ou par inadvertance, n'a pas décelé un symptôme pathologique évident? Il peut s'agir de quelque chose qui aurait échappé même au meilleur médecin. Je veux dire évident dans le sens que par la suite... enfin, ce n'était pas vraiment apparent au début. Faute de l'avoir décelé, on n'a pas consulté le médecin. À votre avis, les infirmières et le médecin sont-ils protégés sur le plan juridique?

• 1015

Ms Goodine: We have investigated the legalities. It is something ongoing, now being investigated. But as long as you are within the standards of practice, the acceptable standards of practice of nurses, the nurse is responsible for the care. If she makes an error—and everybody can make an error or miss something—then it is her responsibility.

Mr. Pagtakhan: Do you think there is a need for a special licensing?

Ms Goodine: I think there is a need for certification. It can only be brought about if we have more nurse practitioners. Because of the cost, the numbers involved, you need at least 500 members. We can only get that if on a provincial level we have the programs developed to graduate more nurse practitioners into the system.

The problem now is that many nurses are working in the expanded role without the complete educational background. They might get on-the-job training from physicians, do some separate courses. We need a program back in existence to keep up the standards of the nurse practitioner.

Mr. Pagtakhan: Were the nurse able to do the diagnostic and the initial treatment or management approach, would the services be billed by the physician, by the institution, or by the nurse?

Ms Goodine: With capitation they are just billed for seeing that person. Their funding is done on a per capita basis. So it does not matter how many people see that person; they are paid the same amount of money.

Mr. Pagtakhan: Were we to see the role of the nurse say in the clinics of physicians, in the belief that we would reduce the time spent by physicians seeing the vast majority of patients—for well-baby check-ups, for example—in your understanding, in your concept, who ought to bill for that service?

Ms Goodine: In my concept the nurse should be allowed to access the system. The Canada Health Act should be brought into reform so that other health care professionals can access the system.

Mme Goodine: Nous avons fait des recherches à ce sujet. En fait, nous poursuivons nos recherches. Mais en autant que l'infirmière se conforme aux normes établies pour la pratique du métier d'infirmière, c'est elle qui est responsable des soins. Si elle commet une erreur, et tout le monde peut en commettre—quelque chose peut échapper à n'importe qui—alors c'est elle qui en assume la responsabilité.

M. Pagtakhan: À votre avis, faudrait-il instituer un permis spécial?

Mme Goodine: Je pense qu'il faut une forme quelconque d'accréditation. Cela ne peut se faire que si le nombre des infirmières praticiennes augmente. Il faut au moins 500 membres, à cause du coût. Nous ne pourrions en arriver à un tel effectif que si, sur le plan provincial, on met en place les programmes voulus pour former davantage d'infirmières praticiennes.

Le problème qui se pose actuellement, est que beaucoup d'infirmières exercent effectivement des fonctions plus étendues, sans posséder pour autant la formation plus poussée que cela exige. Elles sont formées sur le tas par les médecins, ou encore suivent des cours de perfectionnement. Il faut remettre en place le programme voulu pour maintenir à un niveau élevé les normes de pratique de l'infirmière praticienne.

M. Pagtakhan: Dans le cas où une infirmière pose le diagnostic et s'occupe du traitement initial, les services seraient-ils facturés par le médecin, par l'établissement ou par l'infirmière?

Mme Goodine: Dans le système de la rémunération forfaitaire par personne, la rémunération est fonction du nombre de personnes qui défilent dans le bureau du praticien. Par conséquent, peu importe combien de praticiens examinent une personne, la rémunération est la même.

M. Pagtakhan: Si nous devons revoir le rôle de l'infirmière, par exemple celle qui travaille dans les cliniques de médecine familiale, en vue de réduire le temps consacré par les médecins à examiner la grande majorité des patients, notamment pour les examens de routine des bébés, d'après vous qui devrait facturer pour ces services?

Mme Goodine: D'après moi, l'infirmière devrait être autorisée à s'intégrer au système. La Loi canadienne sur la santé devrait être révisée afin que d'autres professionnels de la santé aient accès au système.

[Text]

When nurse practitioners I know are working with physicians—not in community health centres or HSOs—the physician must always eyeball or have contact with patients. So sometimes they are being seen doubly. The physician bills the system for the services that the nurse practitioner is doing.

The question is whether the physician can afford to pay the nurse practitioner. A lot of physicians are not willing to pay that extra amount of money regardless of the fact that down the road the wellness care that the nurse practitioner can offer is going to save the system money.

Mr. Pagtakhan: To date, what has been done by your association and the other major nursing associations with respect to dialogue on this issue with the Canadian Medical Association and the College of Physicians and Surgeons in each of the provinces?

Ms Goodine: The RNAO is in constant dialogue with the CPS and the ONA. One of their mandates is that nursing be able to access the system.

Mr. Pagtakhan: Has there been any success?

Ms Davies: I do know that both the Registered Nurses Association and the Canadian Nurses Association support the concept of salaried physicians as well as salaried nurses. So it is a tricky one.

We are concerned about the potential abuse of fee for service that could occur. We recognize that as long as people are fee for service, we are encouraging them to return for services versus encouraging them to stay well enough that it is not necessary to be seen unless it is absolutely necessary. It is a conflict for nursing.

Mr. Pagtakhan: So the barrier to the full development of the nurse practitioner's program. . . Incidentally, I have a very strong bias; I came from one institution that developed this nurse practitioner's program. From your testimony, does the barrier to the full development of this program appear to come from the physicians? Does it appear to come from your other mother nursing associations? It must be coming from somewhere. Can you pinpoint the source of the barrier?

Ms Davies: Initially it was stimulated because there was a shortage of physicians. There is no question about that. The mandate was not as strong on wellness and illness prevention as it is now, but there was a stimulation. Since then, many physicians who have worked with nurse practitioners feel they never want to work without them again. They recognize that they can get on doing medicine while we do all the things that they ethically wish they could be doing more frequently.

[Translation]

Dans le cas des infirmières praticiennes que je connais et qui travaillent aux côtés de médecins, non pas dans des centres de santé communautaire ou autres établissements du même genre, le médecin doit toujours voir lui-même le patient. Il arrive donc que des patients soient examinés deux fois. Le médecin facture le régime pour les services qui sont en fait rendus par l'infirmière praticienne.

La question est de savoir si le médecin peut se permettre de rémunérer l'infirmière praticienne. Beaucoup de médecins ne sont pas disposés à verser une rémunération supplémentaire, même si les soins que l'infirmière praticienne peut offrir vont permettre au bout du compte de réaliser des économies.

M. Pagtakhan: À ce jour, qu'est-ce que votre association et les autres grandes organisations regroupant les infirmières ont fait en vue de faire avancer ce dossier auprès de l'Association médicale canadienne et du collège des médecins et chirurgiens de chacune des provinces?

Mme Goodine: Notre association est en communication constante avec le Collège des médecins et chirurgiens et avec l'Association des infirmières de l'Ontario. L'une de leur mission est de faire en sorte que les infirmières puissent avoir accès au système.

M. Pagtakhan: A-t-on obtenu quelque succès?

Mme Davies: Je sais que l'Association des infirmières diplômées et l'Association canadienne des infirmières appuient le concept de médecin salarié et aussi d'infirmière salariée. C'est un dossier délicat.

Nous nous inquiétons des abus auxquelles pourrait donner lieu la facturation des services. Nous reconnaissons qu'aussi longtemps que les gens sont rémunérés pour les services rendus, nous les encourageons à retourner fréquemment consulter leur praticien, au lieu de les encourager à rester en bonne santé afin qu'il ne soit pas nécessaire pour eux de consulter un praticien de la santé, à moins que ce soit absolument nécessaire. C'est un dilemme pour les infirmières.

M. Pagtakhan: Par conséquent, ce qui fait obstacle au développement des infirmières praticiennes. . . Soit dit en passant, j'ai un parti pris très prononcé; je suis diplômé d'une maison d'enseignement qui a contribué à mettre au point le programme des infirmières praticiennes. Est-ce qu'il vous semble que ce sont les médecins qui font obstacle au développement rapide de ce programme? La pierre d'achoppement se trouve-t-elle plutôt du côté des autres associations d'infirmières qui vous chapeautent? Il doit bien y avoir un obstacle quelque part. Pouvez-vous préciser la source du problème?

Mme Davies: Au départ, on encourageait le programme parce qu'il y avait pénurie de médecins. Il n'y a aucun doute là-dessus. On mettait moins l'accent sur la bonne forme et la prévention des maladies qu'actuellement, mais il y avait quand même un encouragement. Depuis, beaucoup de médecins qui ont travaillé avec des infirmières praticiennes estiment qu'ils ne pourraient plus s'en passer. Ils reconnaissent qu'ils peuvent se pencher davantage sur la médecine pendant que nous faisons ce qu'ils aimeraient pouvoir faire plus fréquemment d'un point de vue éthique.

[Texte]

• 1020

As well, we do have the support of communities where we are utilized. In Toronto, for instance, there is a shortage of nurse practitioners and our fear is that they are hiring nurses who are caring but who are underqualified. When you talk about doing something that they could get sued for down the road, that is our concern as well. We have never been put into a legal situation such as that because we are very highly trained and we know our limits. Our concern is that unless we have highly trained nurses, we are going to run into problems with that.

So there are those support groups. They are not formalized, other than the Association of Ontario Health Centres, which has lobbied all levels of health care facilities and governments to start a program again. I cannot name them all right now, but certainly this would include the Ministry of Health, the College of Nurses, the RNAO and I think the College of Physicians and Surgeons as well.

Mr. Pagtakhan: One final question related to the last one. Would you say that the provincial governments, and perhaps the federal government as well, to date have not had the political will to proceed?

Ms Davies: There was some political will shown by the last provincial government in Ontario, the Liberal government, in that they did discuss the whole concept of community-based health care. And there had been some encouragement by Elinor Caplan to get the CHCHSO concept started.

The problem is that the process is very complex and you are dealing with community based people who want to get it going, but they all have day jobs and it is a very slow process. We strongly recommend that this committee suggest to the Minister of Health that the process be streamlined and be made less complex so they can get it off the ground. I have been working for two years trying to get a community health centre going. It is not that the community does not want it, just that trying to get six mums, dads, nurses and homemakers into the same room at the same time to do work they are not skilled at is tricky.

Mr. Pagtakhan: Thank you.

Mr. Wilbee (Delta): I certainly enjoyed listening to your concepts. Is there a definition of a nurse practitioner? I appreciated the question asked about whether or not you were duplicating the public health nurse or VON. We do not have the VON in my community, the public health nurse does all of that. She does the training for all the baby clinics, for diabetics and all this type of stuff.

As I have listened to you over the last five or ten minutes I got the impression that you are almost an office nurse, that you are primarily working with physicians in offices. So is there a definition of a nurse practitioner?

Ms Goodine: May I read the definition in our pamphlet?

[Traduction]

Nous avons également l'appui des collectivités où nous travaillons. À Toronto, par exemple, il y a une pénurie d'infirmières praticiennes, et nous craignons qu'on engage des infirmières qui tout en ayant de bonnes intentions n'ont pas la compétence nécessaire. Nous craignons également qu'elles soient un jour poursuivies pour des actes qu'elles ont posés. Nous n'avons jamais fait l'objet de telles poursuites parce que nous sommes très compétentes et que nous connaissons nos limites. Nous estimons que si nous n'avons pas des infirmières très compétentes, nous aurons un jour des problèmes.

Il y a donc ces groupes qui nous appuient. Mais ils ne sont pas structurés, sauf l'Association of Ontario Health Centres qui a fait des démarches auprès de tous les types d'établissements de santé et auprès des gouvernements pour que soit mis sur pied un programme. Je ne peux tous les nommer, mais ils comprennent certainement le ministère de la Santé, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, le RNAO et, je crois, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

M. Pagtakhan: Une dernière question qui se rapporte à la précédente. Diriez-vous que les gouvernements provinciaux, et peut-être également le gouvernement fédéral, n'ont pas manifesté de volonté politique d'agir?

Mme Davies: Le dernier gouvernement provincial en Ontario, le gouvernement libéral, avait fait preuve d'une certaine volonté politique: il a eu des discussions sur tout le concept des soins de santé communautaires. Et Elinor Caplan avait encouragé quelque peu le démarrage du concept de CHCHSO.

Le problème, c'est que le processus est très complexe. De plus, on travaille avec des gens de la collectivité qui ont certes de l'enthousiasme, mais peu de temps parce qu'ils travaillent le jour. Cela ralentit le processus. Nous recommandons fortement à votre comité de suggérer au ministre de la Santé de simplifier le processus afin qu'on arrive plus rapidement à un résultat. Depuis deux ans, je travaille à un projet de centre de santé communautaire. La collectivité veut bien du centre, mais il est difficile de réunir six mères, pères, infirmières et ménagères dans une même pièce, au même moment, pour un travail pour lequel ils ne sont pas qualifiés.

M. Pagtakhan: Merci.

M. Wilbee (Delta): Les concepts que vous avez exposés m'intéressent beaucoup. Existe-t-il une définition de l'infirmière praticienne? J'ai bien aimé qu'on vous demande s'il n'y avait pas un dédoublement du rôle de l'infirmière de la santé publique ou de l'infirmière de l'Ordre de Victoria. Chez moi, il n'y a pas d'infirmières de l'Ordre de Victoria, et c'est l'infirmière de la santé publique qui fait tout ce travail. Elle donne les ateliers de périnatalité, de soins pour les diabétiques et ce genre de chose.

D'après ce que vous avez dit au cours des cinq ou dix dernières minutes, j'ai l'impression que vous êtes presque une infirmière de cabinet, que vous travaillez surtout dans le bureau des médecins. Comment définir l'infirmière praticienne.

Mme Goodine: Puis-je lire la définition de notre dépliant?

[Text]

Mr. Wilbee: You may do anything if it will help me to understand.

Ms Goodine:

A nurse practitioner is a registered nurse who, through special education or job experiences, has expanded his or her scope of practice. She has a commitment to primary health care for individuals of all ages and families in the community, focusing on health rather than illness, she utilizes the nursing process. She engages in problem solving, teaching and counselling of clients and her approach to health care supports and promotes the maintenance of a healthy lifestyle. She works in collaboration with other health professionals and she is committed to client advocacy.

I think the big difference between an office nurse and a nurse practitioner is the collaborative role. Having worked quite some time ago in an office with a physician, I can say that you are there mainly to set the person up in the room, to do very little hands-on assessment. I am talking about strictly in an urban setting.

A nurse practitioner functions on an equal level with the physician, but with another focus, a focus that collaborates and complements the role of the physician and gives the physician time to concentrate on the detection and treatment of illness and disease.

• 1025

Mr. Wilbee: How are you paid at present in your particular clinic set-up? Are the physicians and everybody on a salary basis and your clinic would bill OHIP, or you are on the Ontario health plan for care? Who pays the clinic to pay you?

Ms Goodine: The funding to the community health centre comes from the Ministry of Health, and everyone in the community health centre is salaried—different salaries, mind you, but we are salaried.

Mr. Wilbee: They just give you a certain sum of money and then you pay your administrators—

Ms Davies: There are negotiations.

Ms Goodine: Yes, it is negotiated by capitation. So depending on the number of people you service in the area, you get so much per head.

Ms Davies: There are two different systems. One is the capitation system Wendy is referring to, where you get x dollars per month per patient whether they come to see you or not. We used to joke that we could stand outside of a YMCA and get all healthy 21-year-old males, except you would not get paid as much for a healthy 21-year-old male as for a 78-year-old gentleman or a newborn baby, because we know how much more time they take. So that is one capitation system.

[Translation]

M. Wilbee: Faites ce que vous voulez, du moment que cela m'aide à comprendre.

Mme Goodine:

Une infirmière praticienne est une infirmière certifiée qui, par suite d'une formation particulière ou de son expérience au travail, a élargi la portée de son travail. Elle se consacre aux soins de santé primaires pour des personnes de tous âges et des familles de la collectivité, se concentrant davantage sur la santé que la maladie, en recourant à des méthodes de sciences infirmières. Elle résout des problèmes, enseigne à ses clients et leur donne des conseils. Son approche vise la promotion ou le maintien d'un mode de vie sain. Elle travaille en collaboration avec les autres professionnels de la santé et défend les droits de ses clients.

Je pense que la grande différence entre une infirmière de cabinet et une infirmière praticienne, c'est la collaboration. Il y a longtemps, j'ai travaillé dans un bureau avec un médecin. Je peux dire que j'étais là surtout pour installer la personne dans la salle d'examen et que je faisais moi-même très peu d'évaluation. Je parle strictement du contexte urbain.

Une infirmière praticienne travaille d'égal à égal avec le médecin, en ayant une approche différente. Elle collabore avec le médecin et le complète, en donnant à ce dernier le temps de se concentrer sur le diagnostic et le traitement des maladies.

M. Wilbee: Comment êtes-vous rémunérés actuellement dans votre clinique? Les médecins et les autres employés sont-ils salariés? Est-ce que votre clinique envoie sa facture à l'OHIP? Faites-vous partie du Régime de soins de santé en Ontario? Qui verse de l'argent à la clinique pour vous rémunérer?

Mme Goodine: L'argent du centre de santé communautaire provient du ministère de la Santé, et tout le personnel du centre de santé communautaire est salarié, bien que les salaires varient.

M. Wilbee: On vous donne donc une certaine somme d'argent, vous payez vos administrateurs. . .

Mme Davies: Il y a des négociations.

Mme Goodine: Oui, il y a une négociation de forfait par patient. Ainsi, on reçoit une certaine somme d'argent par personne servie dans la région.

Mme Davies: Il y a deux systèmes différents. Il y a le forfait par patient dont parle Wendy, où l'on reçoit une certaine somme par mois par patient, qu'on ait vu ou non le patient. Pour plaisanter on a déjà dit qu'on pourrait recruter nos patients à la porte du YMCA, en ne retenant que les hommes de 21 ans en bonne santé. Mais on ne serait pas payé autant pour un jeune homme de 21 ans en santé que pour un monsieur de 78 ans ou un nouveau-né, parce que nous savons que ces derniers requièrent davantage de soins. Donc voilà un système de forfait par patient.

[Texte]

In the other situation the Ministry of Health plunks x dollars in your lap and tells you to spend it the best way you can. Then you decide what kind of staff you need: is it a psychiatrist, a chiroprapist, a nurse-practitioner—one, two, three, four physicians? It is usually based on the number of actual physicians you have, though.

Ms Goodine: The big difference as well is that, at least at the community health centre where I work, there is very active participation with the people from the community. They are on the board of directors; they are active in any decisions made, no matter what service is provided.

Ms Davies: Other than medical decisions.

Ms Goodine: Yes.

Mr. Wilbee: I guess my concept of the nurse practitioner is more the type of thing—again it has been alluded to—in areas where no physician is available. For example, with the Indian health services very frequently the only medical assistance available is the Indian health nurse, and she may be responsible for any number of areas. Is this a part of your program? I am surprised at the amount of what I might call urbanization of the organization compared to decentralization or ruralization.

Ms Goodine: Originally two types of programs were developed. One was to provide nurse practitioners or nurses in an expanded role to the north. I think two programs are still in existence, the Dalhousie program in Halifax and the University of Alberta. The other types of educational programs were for nurse practitioners functioning in primary health care more in the urban and rural settings.

I have worked in both. I worked for medical services in northern Manitoba for two years. We were three nurses in a five-person nursing station. We worked without a physician for 18 months because unfortunately there was too much violence and no physician would come up there. So for 18 months we were alone.

I can testify on a personal basis that the care was of very high quality, and it was difficult to come back to an urban setting, where a lot of the roles I had assumed up there. . . I am not just talking about the treatment, because working as a nurse practitioner I would never step into the realm of the medical profession. I do not believe we are trained to do treatment. But more in the things I could do: the assessment, the counselling, the health education, etc.

Mr. Wilbee: I guess you are touching on another area. In our modern-day life we are in an age of specialization. I found in family practice that more and more people were saying I want to see a heart specialist; I am not satisfied with an internist, I want a gastro-enterologist or a chest surgeon or something. What you are saying is sort of running counter to that philosophy. Are you working with a different clientele? In other words, if you made this a province-wide or a Canada-wide program, would it be acceptable? Are you in a particular setting where people like that form of health care?

[Traduction]

Dans l'autre régime, le ministère de la Santé vous verse une certaine somme et vous dit de la dépenser de la meilleure façon possible. Vous pouvez ensuite décider du personnel dont vous avez besoin: un psychiatre, un podiatre, une infirmière praticienne, un, deux, trois ou quatre médecins? Tout dépend habituellement du nombre de médecins dont vous disposez.

Mme Goodine: En plus, la grande différence, du moins au centre de santé communautaire où je travaille, c'est la participation très active de la collectivité. Il y a des représentants au bureau de direction qui participent à la prise des décisions, quel que soit le service fourni.

Mme Davies: Sauf les décisions d'ordre médical.

Mme Goodine: Oui.

M. Wilbee: Je m'imaginai que l'infirmière praticienne était plutôt du genre à travailler dans des régions où il n'y a pas de médecins, comme on l'a mentionné. Par exemple, avec le service de santé pour les Indiens, le seul professionnel de la santé étant souvent l'infirmière du service. Elle peut être responsable de plusieurs régions. Cela fait-il partie de votre programme? Je suis surpris de l'urbanisation de votre organisme, que je croyais plus décentralisé et plus rural.

Mme Goodine: Au départ, deux types de programmes ont été créés. L'un devait former des infirmières praticiennes ou des infirmières ayant un rôle plus large, pour le Nord. Je crois qu'il en existe encore deux de ce genre, celui de Dalhousie, à Halifax, et celui de l'Université de l'Alberta. Les autres programmes visaient la formation d'infirmières praticiennes travaillant dans le domaine des soins de santé primaires, dans les milieux urbains et ruraux.

J'ai travaillé dans les deux types. J'ai travaillé pour des services médicaux au nord de l'Alberta, pendant deux ans. Il y avait trois infirmières sur cinq employés de l'infirmierie. Nous avons travaillé sans médecins pendant 18 mois parce que malheureusement, aucun médecin ne voulait venir parce qu'il y avait trop de violence. Nous avons donc été seuls pendant 18 mois.

Personnellement, je peux vous assurer que les soins étaient de très haute qualité et qu'il m'a été difficile de revenir dans un milieu urbain, où une bonne part des rôles que j'avais assumés au Nord. . . Je ne parle pas uniquement du traitement, puisqu'en tant qu'infirmière praticienne, je me garde bien de toucher aux tâches des médecins. Je ne crois pas que nous soyons formés pour le traitement. Mais il y a autre chose que nous faisons: l'évaluation, l'aide aux patients, l'information sur les mesures d'hygiène, etc.

M. Wilbee: Je pense que vous touchez à un autre domaine. Nous vivons de nos jours à l'ère de la spécialisation. En médecine familiale, j'ai remarqué que de plus en plus de gens demandent à voir un cardiologue; s'ils ne sont pas satisfaits d'un interne, ils demandent à voir un gastro-entérologue, un chirurgien spécialisé, etc. Or ce que vous dites va à l'encontre de cette philosophie. Avez-vous une clientèle différente? Autrement dit, si votre programme se donnait à l'échelle de la province ou du pays, serait-il acceptable partout? Travaillez-vous dans un milieu particulier où les gens aiment ce genre de soins de santé?

[Text]

Ms Goodine: No. I think the people still want to have the specialists, but most of them are willing to wait until it is actually necessary. What we are saying, and what I said in my address, was to perform duties that are unnecessarily performed right now by a lot of physicians.

• 1030

To give you an example of what I mean, a pediatrician who has had years and years of training doing a well baby visit is just so unnecessary when a nurse practitioner could do a well baby visit. If there is any need, they could refer that baby to a pediatrician at a much cheaper cost to the system. This could also apply to an obstetrician. Right now, we do what is called shared care. I do the prenatal assessment up to 20 weeks, and then an obstetrician sees that woman. Again, it saves a lot of money.

Mr. Wilbee: It seems to me, unfortunately, that there are probably more doctors available than nurses at times.

Ms Davies: Certainly it raises the issue of job satisfaction for nurses, which is another reason nurses are dropping out. I do not know whether you want that addressed.

Mr. Wilbee: I have worked with lots of nurses over the years, and I find there are some who are extremely capable, but like any other profession or group of people, you have some who are. . . I had one gal who I would trust doing any of the procedures I did. She probably did them better—surgical and whatever.

I guess Dr. Pagtakhan was concerned about the medical and legal as well as the technical training, whether there is a specific standard.

Mrs. Clancy: I would like to welcome you to our committee. I have been listening in fascination and delight to your presentation.

You talked about the diminishment of training programs for nurse practitioners with the advance of the baccalaureate programs. I taught in the baccalaureate program at Dalhousie, which was originally Mount St. Vincent. As far as I am aware, in the baccalaureate program, at Dalhousie at any rate, there are some electives available that would lead toward the nurse practitioner's role. I am wondering if you see an increase in that. You might have, for example, someone graduating from the various university programs with a bachelor of science in nursing, with specialization as a nurse practitioner, or would you see it as a post-graduate role?

Ms Goodine: I think that is what is happening right now in a lot of the baccalaureate programs. I just did the post-RN program at McMaster. I can testify because I have done both at McMaster, the nurse practitioner and the baccalaureate post-RN. You could choose your clinicals with your own special interest in mind. So if you were specifically interested in community health and the primary health care, you could choose those areas. That is great, except sometimes the opportunities are not as. . . One might have a wonderful opportunity and be allowed to do health assessments and the whole gambit, and another might work with somebody who just does not have the proper opportunities. We think it is a

[Translation]

Mme Goodine: Non. Je pense que les gens voudront encore voir des spécialistes, mais la plupart seront prêts à attendre que ce soit vraiment nécessaire. Ce que nous disons, ce que j'ai dit dans mon exposé, c'est que nous pouvions soulager les médecins de certaines tâches qui alourdissent actuellement leur travail.

Pour vous donner un exemple, un pédiatre qui a des années et des années de formation perd son temps à examiner un bébé en bonne santé, alors qu'une infirmière praticienne pourrait très bien le faire. Au besoin, elle référerait le bébé au pédiatre, mais cela coûterait beaucoup moins cher. On peut dire la même chose dans le domaine de l'obstétrique. Actuellement, nous avons ce que l'on appelle une formule de soins partagés. Je me charge de l'évaluation prénatale jusqu'à 20 semaines, et ensuite la femme relève de l'obstétricien. Là encore, cela permet d'économiser.

M. Wilbee: Malheureusement, j'ai l'impression que souvent il y a plus de médecins que d'infirmières disponibles.

Mme Davies: Vous soulevez là la question de la satisfaction professionnelle de l'infirmière, qui est une des principales causes de désertion. Je ne sais pas si vous voulez en parler.

M. Wilbee: J'ai travaillé avec de nombreuses infirmières pendant des années, et il y en a qui sont éminemment compétentes, mais comme dans n'importe quel profession ou groupe d'individus, il y en a aussi. . . J'ai connu une jeune femme à qui j'aurais confié n'importe laquelle de mes tâches. Elle les aurait probablement accomplies mieux que moi, qu'il s'agisse d'interventions chirurgicales ou autres.

Je crois que le docteur Pagtakhan voulait savoir s'il y avait une norme précise pour la formation médicale et juridique aussi bien que technique.

Mme Clancy: Bienvenue. J'ai été fascinée et enchantée par votre exposé.

Vous avez parlé de la réduction des programmes de formation des infirmières praticiennes avec l'arrivée des programmes de baccalauréat. J'ai enseigné à ce niveau à Dalhousie, qui était au départ le Mont Saint-Vincent. Pour autant que je sache, dans le problème de baccalauréat, à Dalhousie en tout cas, il y a un certain nombre de matières optionnelles qui peuvent déboucher sur un rôle d'infirmière praticienne. Pensez-vous que cela se développe? On pourrait, par exemple, avoir des gens qui suivraient divers programmes universitaires et qui feraient un bac en sciences infirmières avec une spécialisation d'infirmière praticienne, ou pensez-vous qu'il devrait s'agir d'une formation post-universitaire?

Mme Goodine: Je crois que c'est le cas actuellement dans de nombreux programmes de baccalauréat. Je viens de suivre le programme qui suit le diplôme d'infirmière à McMaster. Je sais de quoi je parle parce que j'ai suivi les deux programmes à McMaster, celui d'infirmière praticienne et le baccalauréat post-diplôme d'infirmière. On peut choisir ses domaines cliniques en fonction de ses propres intérêts. Si l'on s'intéresse particulièrement à la santé communautaire et aux soins de santé primaires, on peut se spécialiser dans ces domaines. C'est parfait, sauf que quelquefois les possibilités ne sont pas. . . Quelquefois, on a une occasion extraordinaire et on peut faire des évaluations de santé et un tas de choses,

[Texte]

good basis, a good groundwork, but if we want to have a specialization in primary health care with nurse practitioners, it needs to be taken a step beyond to a graduate level.

I might add that the AOHC, as Carolyn mentioned, has recently accepted our resolutions for the development of these programs.

Mrs. Clancy: I was also interested in finding out what percentage of your membership is female.

Ms Goodine: We had a couple out of province, but I think we are now at 100%.

Mrs. Clancy: That should lead me into a question of pay scales. We have a nurses union, for example, in Nova Scotia. Do you have the same thing in Ontario?

Ms Goodine: Yes, we do. The nursing union is mainly for hospitals. We are not a member of the ONA—the Ontario Nurses' Association.

Mrs. Clancy: So when you negotiate your salaries, it is done on a clinic by clinic basis.

Ms Goodine: Yes, mainly centre by centre, with support within the round.

Ms Davies: We keep in touch with each other.

Mrs. Clancy: How many staff are at your clinic?

Ms Goodine: There are two physicians and three nurse practitioners.

Mrs. Clancy: What about the full staff? I am just trying to figure out whether you come under the pay equity legislation provincially.

Ms Goodine: In total, there must be at least 25 to 30, I would say.

Mrs. Clancy: So you would not come under the. . .

• 1035

Ms Davies: Actually, I do have an ONA. We are the only health centre that has ONA representation, and I think ONA is kicking themselves, because negotiating for three people must be very expensive.

Actually, I did challenge the pay equity commission for an appeal. They stated they could not find any male comparators for us, but they did not bother to use the administrator or the physicians as male comparators. We are challenging that at the moment.

Mrs. Clancy: Do let me know what happens.

Ms Davies: And the other thing, according to the Ministry of Health, is they had nurse practitioners earning half the salary physicians were earning, and in phase two we are now earning less than half what physicians are earning. So we are losing ground.

Mrs. Clancy: Nothing like progress.

Ms Davies: Yet we are seeing about 50% of the clientele.

[Traduction]

mais d'autres fois les occasions ne se présentent tout simplement pas. Nous estimons que c'est une bonne base, un bon point de départ, mais que si l'on veut donner aux infirmières praticiennes une spécialisation en soins de santé primaires, il faut franchir une étape supplémentaire, aller jusqu'au niveau du diplôme.

J'ajoute que l'AOHC, comme le disait Carolyn, a récemment accepté nos résolutions en vue de l'élaboration de ces programmes.

Mme Clancy: Je souhaiterais aussi connaître le pourcentage de femmes dans votre association.

Mme Goodine: Nous avons eu un couple de l'extérieur, mais je crois que sommes maintenant à 100 p. 100.

Mme Clancy: Ceci m'amène à la question des échelles de traitement. Nous avons, par exemple, un syndicat des infirmières et infirmiers en Nouvelle-Écosse. Avez-vous la même chose en Ontario?

Mme Goodine: Oui, mais le syndicat des infirmières et infirmiers s'occupe surtout des hôpitaux. Nous ne faisons pas partie de l'ONA, l'association des infirmières de l'Ontario.

Mme Clancy: Donc, vous négociez vos traitements, c'est établissement par établissement.

Mme Goodine: Oui, centre par centre, mais nous nous entraînons.

Mme Davies: Nous communiquons les unes et les autres.

Mme Clancy: Combien y a-t-il d'employés à votre clinique?

Mme Goodine: Deux médecins et trois infirmières praticiennes.

Mme Clancy: Et le personnel total? J'essaie simplement de voir si vous relevez de la législation provinciale sur l'équité salariale.

Mme Goodine: Au total, il doit y avoir 25 ou 30 personnes, je pense.

Mme Clancy: Donc, vous ne relevez pas. . .

Mme Davies: En fait, j'ai une personne affiliée à l'ONA. Nous sommes le seul centre de santé où l'ONA soit représenté, et je pense que l'ONA n'est pas très content, car cela doit lui coûter très cher de négocier pour trois personnes seulement.

En fait, j'ai soumis un appel à la commission de l'équité salariale. La commission nous a répondu qu'il n'y avait pas d'éléments de comparaison masculins, mais elle n'a pas essayé de prendre l'administrateur ou les médecins comme base de comparaison. Nous avons contesté cette réponse.

Mme Clancy: Tenez-moi au courant.

Mme Davies: D'autre part, d'après le ministère de la Santé, les infirmières praticiennes gagnaient auparavant la moitié de ce que gagnaient les médecins salariés, et au cours de la deuxième phase, nous gagnons maintenant moins de la moitié de ce que gagnent les médecins. Donc, nous perdons du terrain.

Mme Clancy: Vive le progrès.

Mme Davies: Nous examinons à peu près la moitié de la clientèle.

[Text]

Mrs. Clancy: I will jump to a second area. In the whole very controversial area of midwifery and home birth, etc., do you see any progress, particularly in the urban areas? I think this is probably a phenomenon in metro Toronto at the moment, although I think it is moving that way in other cities, but more slowly. With the increase in numbers of nurse practitioners, I am wondering if you see any change in the sort of obstetric aspect and the possibility of more acceptance of midwifery, whether you think this is a good idea or not, and what your organization feels about it.

Ms Goodine: That is a good question. What I see is collaboration between the midwives and the nurse practitioners as we do the shared-care, as they collaborate with obstetricians. What we are trying to do is follow in the footsteps of the midwives in having programs developed in the expansion of their role and having their role accepted into the present health care system. A lot of nurse practitioners are now working as midwives. In fact, our past president is now working as a midwife. She was trained in Britain. There is a lot of communication between nurse practitioners and midwives, and the potential there is just fabulous.

Mrs. Clancy: You talk about the two thrusts of the nurse practitioner. The more traditional one that I think we are probably all aware of is one Dr. Wilbee mentioned; and of course I am very familiar with the outpost nursing program at Dalhousie.

When I was in the north last year, I was astounded to discover that women in northern Canada must either go to Churchill, Manitoba, or I believe there is a maternity unit in Iqaluit. We are talking a fair distance. And many of them must have to board for about four to six weeks before their due dates. It is really an extremely inhuman, insensitive situation.

I am wondering if your organization has been doing any lobbying in this particular area, if you know of any possibility of respite for this. I think we are all aware that there are possibilities for problems in obstetrics, that you want to do the best possible thing and you want to have access to the proper medical care, if necessary. But as a number of doctors have said to me, nature takes its course and sometimes we overreact on the kind of critical care that may be necessary. I am wondering what you think about that.

Ms Davies: For a long time I have discussed the whole concept of Canada having probably one of the best health care systems in the world, but unfortunately it ends at certain latitudes in our country. When we talk about the best health care system in the world, we have to talk for southern and central Canada, and that really concerns me.

I know there has been a strong lobby to try to develop some northern medical schools. Also having lived in the north, I recognize that when you bring down a limited number of northern students to enter a southern university to get medical training and you teach them how to use CAT scanners and NMRs and do transplants, when they go back up they say what do you mean, I have a medical bag and a stethoscope. Without question we have to have health care

[Translation]

Mme Clancy: Je vais passer à un autre domaine. Avez-vous l'impression que le dossier très controversé des sages-femmes et des accouchements à domicile etc. progresse, en particulier en milieu urbain? Je crois que cela se développe actuellement dans le Toronto métropolitain, mais qu'il y a aussi une progression, quoique plus lente, dans d'autres villes. Avec l'augmentation du nombre d'infirmières praticiennes, pensez-vous que tout ce dossier de l'obstétrique progresse et que les sages-femmes sont mieux acceptées, quel que soit votre point de vue personnel sur la question, et qu'en pense votre organisation?

Mme Goodine: C'est une excellente question. En fait, il y a une collaboration des sages-femmes et des infirmières praticiennes, car nous avons ce régime de soins partagés puisqu'elles collaborent avec les obstétriciens. Nous essayons de collaborer avec les sages-femmes pour mettre au point des programmes élargissant leur rôle et leur permettant d'être acceptées dans le système actuel de soins de santé. De nombreuses infirmières praticiennes exercent aussi comme sages-femmes. En fait, notre ancienne présidente est actuellement sage-femme. Elle a suivi sa formation en Grande-Bretagne. Il y a beaucoup d'échanges entre les infirmières praticiennes et les sages-femmes, et nous avons là un potentiel fantastique.

Mme Clancy: Vous parlez des deux grandes vocations de l'infirmière praticienne. La plus traditionnelle, c'est celle que nous connaissons tous probablement, celle que mentionnait le docteur Wilbee; et naturellement je connais très bien le programme de soins infirmiers en milieu isolé de Dalhousie.

Quand j'étais dans le Nord l'an dernier, j'ai été sidéré de constater que les femmes du nord du Canada devaient aller soit à Churchill au Manitoba, soit, je crois, à la maternité d'Iqaluit. Cela représente une distance considérable. De nombreuses femmes sont obligées de partir quatre à six semaines avant la date prévue de leur accouchement. C'est une situation profondément inhumaine et cruelle.

J'aimerais savoir si vous avez fait des démarches dans ce domaine particulier et si vous pensez pouvoir atténuer le problème. Nous savons tous qu'il y a des risques de problèmes dans le domaine de l'obstétrique, qu'on veut faire au mieux et avoir accès au besoin à des soins médicaux adéquats. Mais comme de nombreux médecins me l'ont dit, il faut laisser faire la nature, et l'on a quelquefois tendance à exagérer les soins critiques nécessaires. Qu'en pensez-vous?

Mme Davies: J'ai longtemps soutenu que le Canada avait probablement l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, mais malheureusement cette affirmation s'arrête à une certaine latitude. Quand on parle de meilleur régime de soins de santé du monde, on parle du sud et du centre du Canada, et cela me dérange.

Je sais qu'on a fait de fortes pressions pour créer des sortes d'écoles médicales dans le Nord. Ayant moi-même vécu dans le Nord, je sais que quand on envoie un nombre limité d'étudiants dans une université du sud pour y suivre une formation médicale et qu'on leur apprend à se servir d'un tomodensitomètre ou d'un RMN et à faire des transplantations, ils sont furieux à leur retour de constater qu'ils n'ont en main qu'une trousse médicale et un

[Texte]

provided in the north so that very capable northern young people can get trained in the north to stay in the north. It is a major, major crisis right now.

• 1040

I know that in the Thunder Bay region, for instance, not Thunder Bay itself but outside of it, people can wait six months to a year to get physiotherapy for a broken arm that you and I might be demanding in a week after the cast was taken off. People travel hundreds and hundreds of miles for minor, minor check-ups. Therefore they do not go.

I think we need to deal with that. Certainly the nurse practitioners and the midwives are looking at low-risk deliveries, but until we get our northern health care providers trained in the north to stay in the north, because that is where they are from, are we ever going to solve this problem?

Mrs. Clancy: The other thing I learned when I was up north last year, particularly again in the obstetrics and gynecology field, that northern women, mostly aboriginal northern women, found the advent of the nurse practitioners again facilitated communication about their problems, because due to cultural differences, discussing with male practitioners intimate physical problems was a difficulty. The advent of nurse practitioners in the north made for a much more open communication and thus much better access to treatment. I presume that you would agree with that, but I am wondering if you know of any particular policy to increase the number of nurse practitioners simply on that level.

Ms Goodine: I am not sure about the policies, but the federal government certainly will come to the Nurse Practitioners Association looking for nurses in the north. I know when I went up to the north originally in 1982, I was the first nurse practitioner to be accepted by the federal government at the same pay level as a baccalaureate and to have my services recognized as a specialist in the expanded role. So it was very nice.

I agree with you about the aboriginal women and women in general being able to dialogue and to open up more. I do not want to put anybody's back up, but it really—

Mrs. Clancy: That is all right, I will do it for you.

Ms Goodine: In my experience, because we are not the doctor but we are a nurse, we get a lot more information from the clients.

Ms Davies: Because we are just the nurse.

Mrs. Clancy: Non-threatening.

Ms Goodine: Usually we are just women.

Mrs. Clancy: Non-threatening.

[Traduction]

stéthoscope. Il faut absolument mettre sur pied un système de soins de santé dans le Nord pour permettre à des jeunes du Nord très compétents de suivre sur place une formation et d'y rester. Actuellement, c'est une crise extrêmement grave.

Je sais que dans la région de Thunder Bay, par exemple, pas à Thunder Bay même, mais à l'extérieur, il arrive que les gens doivent attendre six mois leur physiothérapie pour un bras cassé, alors que vous ou moi pourrions en bénéficier une semaine après que le plâtre est enlevé. Les gens sont obligés de faire des centaines et des centaines de milles pour de simples vérifications médicales mineures, et par conséquent ils ne les font pas.

Il faut réagir. Il est évident que les infirmières praticiennes et les sages-femmes s'occupent des accouchements à faible risque, mais comment résoudre le problème tant que nous ne formerons pas et que nous ne garderons dans le Nord des gens du Nord pour assurer les soins de santé?

Mme Clancy: Ce que j'ai appris aussi quand j'étais là-bas l'an dernier, en particulier toujours dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie, c'est que les femmes du Nord, surtout les autochtones, ont constaté que les infirmières praticiennes leur permettaient de communiquer beaucoup mieux au sujet de leurs problèmes, car auparavant elles avaient beaucoup de mal à discuter de problèmes physiques intimes avec des hommes, en raison de leurs divergences culturelles. L'arrivée des infirmières praticiennes dans le Nord a considérablement amélioré la communication et par conséquent a permis aux femmes de bénéficier de bien meilleurs traitements. J'imagine que vous êtes d'accord, mais j'aimerais savoir s'il existe à votre connaissance une politique visant à accroître le nombre d'infirmières praticiennes simplement sur ce plan.

Mme Goodine: Je ne suis pas certaine pour ce qui est des politiques, mais le gouvernement fédéral va certainement faire appel à notre association pour envoyer des infirmières dans le Nord. Je sais que quand je suis partie dans le Nord pour la première fois en 1982, j'étais la première infirmière praticienne acceptée par le gouvernement fédéral au même niveau de traitement qu'une titulaire du bac, et que c'était la première fois que l'on reconnaissait mes services de spécialiste dans ce rôle élargi. C'était donc une excellente chose.

Vous avez raison de dire que les femmes autochtones et les femmes en général peuvent dialoguer beaucoup plus facilement maintenant. Sans vouloir offenser qui que ce soit. . .

Mme Clancy: Ne vous inquiétez pas, je m'en charge.

Mme Goodine: Je sais par expérience que, comme nous ne sommes pas médecins, mais simples infirmières, les clientes nous disent beaucoup plus de choses.

Mme Davies: Parce que nous sommes simplement infirmières.

Mme Clancy: Nous ne représentons pas une menace.

Mme Goodine: Normalement, nous sommes simplement des femmes.

Mme Clancy: Nous ne faisons pas peur.

[Text]

Ms Goodine: Yes.**Mr. Cole (York—Simcoe):** Thank you very much for appearing before us today. It has been very, very interesting.

A couple of things I have some difficulty with, and I would like to go back to them. They relate to the fee for service that we have talked about and that you have talked about where I got the impression that you feel the salary system is a better system for providing health care, providing wellness and whatever. I hear where you are coming from; I may not agree with that, but I do hear where you are coming from.

Where I have the difficulty is that the community health clinics and the health centres seem to work well when there is an alternative choice. We look at Toronto and we look in some of the other major centres. I know there is a major one in the Soo and places like this, but there are also alternative choices to these things.

One of the difficulties that I see is unless there is a system that allows the two choices. . . Because even you said in your assessment of it, the easiest way for your clinic to be successful from an economic or financial standpoint is to take 21-year-old healthy males and females and say those are my people, that is how I am going to calculate. You also said when you include in your numbers, you take new babies or seniors. Effectively, that is a fee-for-service basis. You cannot do it both ways, and that is what you are suggesting. That becomes the problem, and I would like to hear your comments on it, because I think you are asking for a fee for service based on age or wellness, but on the other hand you want to say you only do it on salary.

• 1045

Ms Davies: Touché. Respectfully, what those ranges of costs are, because you and I know how much more time a well baby takes—**Mr. Cole:** No argument.**Ms Davies:** —and the elderly. . . That is why the Ministry of Health has decided to give you more money for those people, because you are probably going to be doing several house visits on an elderly person, whereas a 21-year-old healthy male may not show up at the clinic from one year to the next.

I agree with you. I support the concept of salaried physicians and salaried nurses to avoid abuses in the system, but in fact I also respect that there is a democracy out there, and I always believe that everyone should have a choice of the kind of care they want to receive and also the choice of the kind of care they want to give.

CHCs and HSOs have frequently ended also being philosophies in health care. In our particular type of health care we often end up also seeing the more high-risk types of clientele that are not seen as frequently in other centres because they are time-consuming, the street person—

Mr. Cole: No argument.

[Translation]

Mme Goodine: Exactement.**M. Cole (York—Simcoe):** Merci beaucoup d'être venue nous rencontrer. Cette discussion est très intéressante.

J'ai un ou deux petits problèmes et j'aimerais y revenir. Il y a d'abord le ticket modérateur dont nous avons déjà parlé, et j'ai l'impression à ce sujet que vous estimez que le salariat était une meilleure formule pour assurer les soins de santé, promouvoir le mieux-être. Je comprends bien votre point de vue; je ne suis pas nécessairement d'accord, mais je vous comprends.

Mon problème, c'est que les cliniques de santé communautaires et les centres de santé ont l'air de bien fonctionner quand il y a un choix. Prenez Toronto et d'autres grands centres. Je sais qu'il y en a un grand à Soo et dans des endroits de ce genre, mais qu'il y a aussi d'autres formules parallèles.

Le problème pour moi, c'est que s'il n'y a pas une possibilité de choix. . . car vous-même, vous l'avez dit dans votre évaluation, la meilleure façon d'assurer le succès d'une clinique du point de vue économique ou financier, c'est de prendre des hommes et des femmes de 21 ans en pleine santé et de se baser sur eux pour calculer les coûts. Vous dites aussi que vous incluez dans le nombre de vos patients les bébés et les personnes âgées. En fait, dans ce cas-là le ticket modérateur s'applique. Or, il faut choisir, vous ne pouvez pas avoir les deux formules en même temps. C'est ce qui me gêne, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez, car j'ai l'impression que vous voulez percevoir des frais modérateurs pour les personnes âgées ou autres, mais que d'un autre côté vous revendiquez uniquement un régime de salariat.

Mme Davies: Touché. Pour dire quels sont ces coûts, car nous savons tous le temps supplémentaire qu'un bébé en bonne santé demande. . .**M. Cole:** C'est certain.**Mme Davies:** Et les personnes âgées. . . C'est pour cela que le ministère de la Santé a décidé de vous donner plus d'argent pour ces personnes, car vous devrez probablement effectuer plusieurs visites à domicile pour une personne âgée, tandis qu'un homme de 21 ans en bonne santé peut très bien passer un an sans revenir à la clinique.

Je suis d'accord avec vous. J'appuie le principe de médecins et d'infirmières salariés pour éviter des abus du système, mais je crois néanmoins que nous vivons en démocratie et que chacun devrait pouvoir choisir le type de soins qu'il veut recevoir et aussi le type de soins qu'il veut donner.

Les centres de santé communautaires et les organismes de services de santé ont finalement adopté une certaine philosophie de la santé. Dans nos activités, nous finissons aussi par voir davantage des clients à haut risque qui ne vont pas aussi souvent dans les autres centres parce qu'ils demandent beaucoup de temps, les personnes sans abris. . .

M. Cole: C'est certain.

[Texte]

Ms Davies: —the poverty person. So in fact I know there is room for choice. That is what we are saying. Right now the emphasis is much more on that fee-for-service concept, and there is not a lot of development of the community health centres.

Certainly I would find it very difficult working with a multi-disciplinary team where all the members of the team did not buy into it. I have been in that experience before where there has been a forced hierarchy formed that does not work in a multi-disciplinary team. We need to be able to share our skills back and forth, and you feel comfortable coming to me and saying do you recognize what kind of dressing I should put on this burn, because you worked in a burn unit, Carolyn, and for me to be able to say to you: what is this lump all about? That is collaboration. In a hierarchy it does not work that way.

I think it is a democracy. I think what we have to be able to offer the people in the health care system is a choice. Right now I think the balance is very much for one physician in an office, by himself or herself, without a multi-disciplinary team, where the client can say look, my marriage is falling apart, and be referred to a social service system where they are going to have to pay for it or they do not go.

There is an option of multi-disciplinary people in that group to support the physician in his or her identification of areas, which that person may or may not be skilled at dealing with themselves, in the sense that they know that community so well.

Mr. Cole: You brought up choice again, and I appreciate that, but you also discussed earlier how it is more efficient for the nurse practitioner to see the well baby. I am not disputing that. How do you go to the mother or the father of that patient and say I am going to see—I being the nurse practitioner—we will look after your baby for the next year and a half, when that parent says no, I want a pediatrician?

Ms Davies: That is not a debate. If the client comes in—in fact often does, especially somebody who is walking into a community health centre setting and they have never been there before—and says I want an appointment with the doctor, the doctor may in fact see that person at the first visit but call the nurse practitioner and say I would like you to meet Carolyn, or Wendy, or whatever, and these are the services that Carolyn is going to be able to offer you. We develop a relationship. The people who use these services see the whole team as theirs. They can access whoever they want to access.

We have had people say they want to go to a pediatrician. What has frequently happened is they go to the pediatrician and sit for 45 minutes in the office, see the pediatrician for six minutes, and say they did not have time to ask any questions. So they come back to us and see the nurse practitioner between—

Mr. Cole: I am sorry, I think that is another problem.

[Traduction]

Mme Davies: ...les personnes qui vivent dans la pauvreté. Donc je sais qu'il est possible de choisir. C'est ce que nous disons. Actuellement, on insiste davantage sur l'idée des services payants et l'on ne cherche guère à développer les centres de santé communautaires.

J'aurais certainement beaucoup de mal à travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire si tous les membres de l'équipe n'étaient pas sur le même pied. Je me suis déjà trouvée dans une situation où l'on avait imposé une certaine hiérarchie dans une équipe multidisciplinaire; or il est impossible de fonctionner ainsi. Nous devons pouvoir partager toutes nos connaissances de façon à ce que vous n'hésitez pas à venir me voir pour parler du type de bandage à mettre sur une brûlure, parce que vous avez travaillé dans un service pour les brûlés, Caroline, et que moi je n'hésite pas à vous demander ce que signifie une grosseur quelconque? C'est cela la collaboration. Dans une hiérarchie, il est impossible de travailler ainsi.

Je crois que c'est la démocratie. Nous devons pouvoir proposer un choix à la population dans le domaine des systèmes de soins de santé. Actuellement, on trouve généralement un médecin seul dans un bureau, au lieu d'une équipe multidisciplinaire; et le client peut parler de ses difficultés conjugales et être envoyé à un service social qu'il devra payer, à moins de ne pas y aller.

Dans un groupe comme celui-là, l'équipe multidisciplinaire peut aider le médecin dans certains domaines qui ne lui sont pas familiers, dans la mesure où les membres de l'équipe connaissent bien cette communauté.

M. Cole: Vous avez encore parlé de choix, et je comprends que ce soit important, mais vous avez également expliqué tout à l'heure qu'il était beaucoup plus efficace de laisser les infirmières s'occuper des bébés en bonne santé. Je ne le conteste pas. Que faites-vous si, lorsque vous allez dire à la mère ou au père de l'enfant que vous êtes l'infirmière praticienne et que vous allez vous occuper du bébé pendant les 18 mois à venir, le parent dit: non, je veux un pédiatre.

Mme Davies: Nous ne discutons pas. Si le client arrive—en fait, c'est souvent le cas, particulièrement pour ceux qui viennent pour la première fois dans un centre de santé communautaire—en demandant un rendez-vous avec le médecin, celui-ci verra peut-être ce client à la première visite, mais appellera l'infirmière praticienne en disant, permettez-moi de vous présenter Caroline, ou Wendy, ou peu importe, et voilà les services que Caroline va pouvoir vous dispenser. Nous établissons une relation. Pour les personnes qui utilisent ces services, toute l'équipe est à leur disposition. Ils peuvent aller voir la personne de leur choix.

Nous avons eu des gens qui tenaient à voir un pédiatre. Souvent, ils viennent pour voir le pédiatre, passent 45 minutes dans le bureau, le voient six minutes, et disent qu'ils n'ont pas eu le temps de poser des questions. Ils vont donc revenir et voir l'infirmière praticienne entre... .

M. Cole: Excusez-moi, mais je crois que c'est un autre problème.

[Text]

Ms Davies: —visits, or if there is a problem. They come back and say you know, I think I would rather see you and use the pediatrician when I need to. That is often how we do it, and we will communicate.

Mr. Cole: That applies to the family physician. It applies to everyone within the system. It is an organization. It is overwork, it is underwork, whatever it happens to be.

I think we have the tendency often in this situation to mix and match to our convenience. We do it, and everyone does that. I accept that. What I am getting at is that if the system is going to be used effectively and efficiently, as you are suggesting, somewhere you have to take some of that choice factor out, because is it right or is it fair, or is it democracy when you are going to say look, well baby assessments are going to be done by person A, and the parent says that she does not want person A doing it, she wants person B doing it? I am not talking individuals, I am talking level of education or level of service or whatever. Are you prepared to support taking out that choice?

• 1050

Ms Davies: I think we are dealing with educating the client. At the turn of the century people had practically all their health care in the home until it got pulled out and got moved into offices and hospitals.

We need to re-educate the client. We need to re-educate ourselves on how it can be utilized. I think it is like smoking. We cannot force people to stop smoking. We have to educate them to do so.

The same kind of thing is where we offer such a good service that they are satisfied. A lot of people will opt for one service because they are satisfied, not because it is the trendy thing to do any more.

We have taught people how to abuse the system. We health care professionals must take responsibility for teaching people how to use the system differently. We have taught them to use it every time they sneeze. We need to do a Spasoff report again, to put the health care into the hands of the consumer, of the client, to say that they are in charge of their own wellness and we will support them in that wellness approach.

It is not going to be an overnight thing. Eventually the person is going to be saying, for instance, that he got a lot more information when he went to the nurse practitioner than he did with the pediatrician, and he will decide to go to the nurse practitioner—

Mr. Cole: Or both.

Ms Davies: That is what happens, though. We utilize the pediatrician when it is necessary. Pediatricians rip their hair out, too, saying that if they see one more kid with a runny nose, they will scream.

I communicated with an obstetrician for a year and a half. I never saw his face. But we were on the phone to each other all the time. We felt like buddies. We crossed each other in the hospital hall one day and did not know it. We collaborate. That is the key word—we collaborate. It makes everyone else's practices more interesting.

[Translation]

Mme Davies: . . . les visites, ou s'il y a un problème. Ils reviennent et nous disent qu'ils préfèrent nous voir et ne faire appel au pédiatre que lorsque c'est nécessaire. C'est souvent ainsi que nous procédons, et nous maintenons la communication.

M. Cole: Ceci s'applique au médecin de famille. C'est valable pour tous les membres du système. C'est une organisation. Il y a trop de travail ou pas assez, selon le cas.

Nous avons souvent tendance dans ces cas-là à faire des combinaisons qui nous conviennent. Nous le faisons, et tout le monde le fait. Je le reconnais. Cependant, pour que le système soit utilisé efficacement, comme vous le préconisez, il faut supprimer à un certain moment cet élément de choix car est-il vraiment normal ou juste ou démocratique de décréter que c'est la personne A qui va s'occuper des bébés en bonne santé, alors que le parent ne veut pas de la personne A mais voudrait que ce soit fait par la personne B? Je ne parle pas des individus, mais du niveau d'éducation ou du niveau de service. Êtes-vous prêts à accepter que l'on supprime ce choix?

Mme Davies: Je crois qu'il s'agit d'éduquer le client. Au début du siècle, tous les soins de santé pratiquement étaient donnés à la maison jusqu'au moment où l'on a commencé à utiliser des bureaux et des hôpitaux.

Nous devons rééduquer les clients. Nous devons nous rééduquer nous-mêmes sur la façon de les utiliser. C'est un peu comme le tabac. Nous ne pouvons pas obliger les gens à cesser de fumer. Nous devons leur apprendre à le faire.

La situation est la même lorsque nous proposons un service qui satisfait les clients. Beaucoup de gens opteront pour ce service parce qu'il les satisfait, non parce que c'est la solution à la mode.

Nous avons appris aux gens à abuser du système. C'est à nous, les professionnels de la santé, à leur montrer comment l'utiliser différemment. Nous leur avons enseigné à l'utiliser chaque fois qu'ils éternuent. Il faut refaire un rapport Spasoff, remettre les soins de santé dans les mains des consommateurs, ou des clients, en leur montrant qu'ils sont responsables de leur propre bien-être, et nous allons les aider dans cette démarche.

La transformation ne se fera pas du jour au lendemain. Ces personnes finiront par dire, par exemple, qu'elles ont eu beaucoup plus de renseignements en parlant à l'infirmière praticienne qu'au pédiatre et elles décideront de s'adresser à l'infirmière. . .

M. Cole: Ou aux deux.

Mme Davies: C'est ce qui se passe, cependant. Nous faisons appel au pédiatre lorsque c'est nécessaire. Les pédiatres eux aussi s'arrachent les cheveux, en disant que s'ils voient encore un enfant avec le nez qui coule, ils vont se mettre à hurler.

J'ai été en communication avec un obstétricien pendant un an et demi. Je ne l'ai jamais vu en personne, mais nous nous parlions sans arrêt au téléphone. Nous avions l'impression d'être des amis. Nous nous sommes croisés un jour dans le couloir de l'hôpital et nous ne le savions pas. Nous collaborons. C'est le mot clé—nous collaborons. C'est enrichissant pour tout le monde.

[Texte]

Mr. Cole: Is what I am hearing—and maybe I am wrong, I would like your interpretation—not dissimilar to what hospitals used to do? We used to have small, community-based hospitals. All the health care practitioners worked in and out of or around the hospital. We are not talking Sick Kids and we are not talking Toronto General and the huge hospitals, but almost the outpost-type hospitals that we still occasionally see in rural Canada.

Ms Davies: Cottage hospitals.

Mr. Cole: Is this not really what we are talking about? Is it not the whole concept of getting it back to the community, getting it back to the community sponsoring the hospital? That is what used to happen. The community would raise the funds, would encourage the practitioner to come to their community because they now had this nice little hospital able to do all these things, and so on. Is that really what you are getting at—but asking government to do it?

Ms Davies: Certainly we are dealing with communities being more in charge of their own health care provision.

Mr. Cole: But we are saying that government, whoever that is, is footing the bill.

Ms Davies: They are footing the bill, but we are saying that if people feel like they are more in charge of their own wellness—and certainly we know there now is a major trend towards wellness—they are going to take more responsibility.

Ms Goodine: It costs less money.

Ms Davies: Yes, it costs less money. Since antibiotics came in after World War II, we have trained people to believe that if they get sick we will give them a pill to make them better. We have to reverse that mentality. The health care system created that mentality. We have to tell people not to take drugs in the first place, then they do not have to go to a detox, to drink responsibly, then they do not have to. . . you know.

The problem is that those little cottage hospitals became large institutions that lost touch, that got into big technology. Hospitals certainly were a place where people went for nursing care, in the original definition.

Mr. Cole: Health care.

Ms Davies: For nursing care originally, because they needed all the dressings and they needed all the things post-surgical. Kitchen tables were not being used as frequently. But now it is a place to go to be cured.

We are saying that if we have more established CHCs, utilization of nurse practitioners, we are dealing with convincing people in the community to take responsibility for their own wellness, to feel good about staying well in the first place. We will encourage that. We will refer you on if in fact we identify illness, and we are going to keep you out of the hospital as long as possible.

• 1055

We are not going to try to cure people as nurse practitioners. We are going to prevent them from getting sick in the first place, because we are going to be giving them the education to stay well. We do that from prenatal on. In other

[Traduction]

M. Cole: Peut être que je me trompe, j'aimerais bien avoir votre interprétation—mais n'est-ce pas un peu semblable à ce que faisait les hopitaux? Nous avions des hopitaux communautaires, de petite taille. Tous les spécialistes de la santé rayonnaient autour de l'hôpital. Nous ne parlons pas des enfants malades ou de l'hôpital général de Toronto et des grands hopitaux, mais plutôt du genre d'hôpital que l'on voit encore parfois dans les régions rurales du Canada.

Mme Davies: Des hôpitaux familiaux.

M. Cole: N'est-ce pas de ceux-là qu'il s'agit? Ne veut-on pas revenir à la collectivité, en lui demandant de soutenir l'hôpital? C'est ainsi que cela se passait autrefois. Les membres de la communauté levaient des fonds, encourageaient les médecins à venir chez eux parce qu'ils avaient maintenant un beau petit hôpital où l'on pouvait faire des tas de choses, etc. Est-ce là que vous voulez en venir. . . mais en demandant au gouvernement de le faire?

Mme Davies: Nous voulons certainement que les collectivités soient davantage responsables de leurs propres soins de santé.

M. Cole: Mais nous disons que le gouvernement, qui que ce soit, doit payer la facture.

Mme Davies: Il paie la facture, mais nous croyons que si le public a davantage l'impression d'être responsable de son propre bien-être—et nous savons qu'il y a de fortes tendances dans ce sens—il va assumer davantage cette responsabilité.

Mme Goodine: Cela coûte moins cher.

Mme Davies: C'est moins cher. Depuis l'arrivée des antibiotiques après la Deuxième Guerre mondiale, nous avons appris aux gens à croire que s'ils tombaient malades, nous allions leur donner des pilules pour les soigner. Nous devons renverser cette mentalité. C'est le système de soins de santé qui l'a créée. Nous devons expliquer aux gens de ne pas prendre de drogues pour commencer, et qu'ainsi ils n'auront pas à aller dans un centre de désintoxication, de boire avec modération, pour qu'ils n'aient pas à. . . vous savez.

Le problème, c'est que ces petits hôpitaux «familiaux» sont devenus de grandes institutions qui ont perdu le contact, qui ne se sont lancés dans la technologie. Au départ, on allait à l'hôpital pour se faire soigner, au sens original du terme.

M. Cole: Pour les soins de santé.

Mme Davies: Pour se faire soigner à l'origine, parce qu'il fallait tous les bandages et tous les éléments postchirurgicaux. Les tables de cuisine n'étaient pas utilisées aussi fréquemment. Mais maintenant, c'est un endroit où l'on va pour être guéri.

Nous pensons qu'avec davantage de centres de santé communautaires et une plus grande utilisation d'infirmières praticiennes, il serait possible de convaincre les gens de prendre la responsabilité de leur propre santé, et de les amener à être heureux de rester en bonne santé au départ. C'est ce que nous allons encourager. Nous vous enverrons à l'hôpital si nous décelons une maladie, et nous essaierons d'éviter aussi longtemps que possible de vous y envoyer.

Nous, les infirmières de première ligne, nous n'allons pas essayer de guérir les gens. Nous allons les empêcher de tomber malade parce que nous allons les éduquer pour qu'ils restent en bonne santé. Nous le faisons dès le stade prénatal.

[Text]

words, what are you feeding your baby? How are you feeding yourself? How are you and your wife getting along? We are talking about the social aspects too. If you do not beat your wife, she is not as depressed and does not require social services or the services of an emergency department as frequently. That is what we are dealing with.

Mr. Halliday: I appreciate our witnesses being here today and the very excellent testimony they have given us. I was involved a number of years ago with the College of Family Physicians when your program was started in Hamilton and Halifax, and I have had a longstanding interest in it.

I am not up to date on some of the problems, but one that has bothered me in attempting to arrange to work in a small group of five or six doctors has been the difficulty with the legal status. Maybe this has been corrected, but we were not allowed to charge, for example, for a service that a nurse practitioner did on a fee-for-service basis. We could not do that and bill the OHIP plan. Is that now possible?

Ms Davies: No, it is still not possible.

Mr. Halliday: Is that not an obstacle then?

Ms Davies: It sure is. The physician still has to come in and do the top to toe. We have had all kinds of discussions on that. I also find that, depending on the competence of the physician, they feel more or less obliged to do as much of a repetition of what the nurse practitioner has already done. Certainly the mature, confident physician spends a lot less time reviewing absolutely everything he or she knows about the nurse practitioner, because they know each other well, and they communicate constantly. But with the young inexperienced physician, you might as well not have seen the patient in the first place, in some instances.

Mr. Halliday: Am I correct in saying there is a need for a correction of that problem at the provincial level then?

Ms Davies: I think there are a number of things we have to look at. Yes, we have to look at that, because we do have nurse practitioners who do work well in a fee for service setting with family physicians who pay them a salary.

I think what we are also dealing with is going right to the core of the problem, and that is educating medical students on how to work well in a multi-disciplinary team, because they come out feeling they are all by themselves in this world, and unless they run into a really good head nurse who guides them through the hospital system there is nobody else who is really going to be able to make the judgments they are going to be expected to make. I think we have to be training our medical students from day one to work collaboratively with nurses and physios and other people, so they know that the burden is not totally on their shoulders.

Mr. Halliday: Do you not feel they get that kind of experience now in the two-year family practice training programs?

[Translation]

Autrement dit, nous demandons comment vous nourrissez votre bébé, comment vous vous nourrissez vous-même. Nous vous demandons si vous vous entendez bien avec votre épouse. Nous abordons également les aspects sociaux. Si vous ne battez pas votre femme, elle n'est pas aussi déprimée et elle n'a pas besoin aussi souvent de services sociaux ni de services d'urgence. Voilà ce que nous faisons.

M. Halliday: Je suis heureux de constater que les témoins sont là et j'apprécie leurs témoignages, qui sont vraiment excellents. J'ai fait partie pendant plusieurs années du Collège des médecins de famille du Canada, lorsque votre programme a commencé, à Hamilton et à Halifax, et je m'y intéresse depuis longtemps.

Je ne suis pas au courant de certains des problèmes, mais il y en a un qui m'a irrité: lorsque nous avons essayé de travailler en petits groupes de cinq ou six médecins, nous avons eu de la difficulté à obtenir un statut juridique. Ce problème est peut-être réglé à l'heure actuelle, mais nous ne pouvions pas par exemple facturer un service rendu par une infirmière de première ligne rémunérée à l'acte. Nous ne pouvions pas le facturer au Régime d'assurance-maladie de l'Ontario. Est-ce possible maintenant?

Mme Davies: Non, ce n'est toujours pas possible.

M. Halliday: N'est-ce pas un obstacle, alors?

Mme Davies: Bien sûr que oui. Le médecin doit toujours faire l'examen de la tête aux pieds. Nous avons eu toutes sortes de discussions à ce sujet. Je constate également que, selon leurs compétences, les médecins se sentent plus ou moins obligés de refaire ce que l'infirmière de première ligne a déjà fait. Certes, le médecin expérimenté, sûr de lui, passe beaucoup moins de temps à revoir absolument tout ce qu'il sait au sujet de l'infirmière de première ligne parce qu'ils se connaissent bien et qu'ils communiquent constamment. Par contre, lorsqu'on a affaire à un jeune médecin inexpérimenté, on ferait tout aussi bien de ne pas voir le malade d'abord dans certains cas.

M. Halliday: Ai-je raison de dire qu'il faut que ce problème soit réglé à l'échelle de la province?

Mme Davies: Je crois qu'il y a un certain nombre de choses à examiner. Oui, il faut le faire, parce qu'il y a des infirmières de première ligne qui travaillent bien, moyennant rémunération à l'acte, avec des médecins de famille qui leur versent un traitement.

Je crois que nous allons au coeur du problème; il faut apprendre aux étudiants en médecine comment bien travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire, car ces étudiants ont l'impression d'être complètement livrés à eux-mêmes dans ce monde à la fin de leurs études; à moins qu'ils ne tombent sur une excellente infirmière en chef qui les guide à travers le système hospitalier, il n'y a personne d'autre qui soit vraiment en mesure de faire les jugements que l'on attend d'eux. Il faut apprendre dès le premier jour à nos étudiants en médecine à travailler avec des infirmières et des physiothérapeutes ainsi qu'avec d'autres personnes, pour qu'ils sachent que le fardeau ne repose pas entièrement sur leurs épaules.

M. Halliday: Ne pensez-vous pas qu'ils acquièrent actuellement ce genre d'expérience dans le cadre des programmes de formation en médecine familiale qui durent deux ans?

[Texte]

Ms Davies: In some they do; in places like McMaster they do. As a nurse practitioner, when I am teaching medical students, I can always tell where they have been trained. I can tell where they have had absolutely no exposure to anyone else but their own learning, and there are other places where they fit right in beautifully. Those are the ones who come to work in community health centres, and they feel confident.

Mr. Halliday: I have a question on the legal status. If you do well-baby visits or prenatal visits and you overlook something you should not have, something that is obvious, are there grounds for a suit by a patient? What sort of protection do you have or the physicians you work with?

Ms Goodine: Through our association we have insurance. As long as we are functioning within the standards of practice, we are covered. The physician is not responsible or liable unless they have come in and done an assessment themselves and been consulted.

Mr. Halliday: In your view, what is the major reason why, if my observation is correct, there has been a slow expansion of CHCs over the last 20 years? There were formidable recommendations in favour of them. Why have they not expanded more quickly?

Ms Goodine: I think the shift towards community based care has been happening quite recently, and since that shift has been occurring, there has been more expansion. I am talking again about an urban setting like Toronto. The problem is that they are expanding at such a fast rate in Toronto that they do not have the good qualified nurse practitioners to fill the roles. For this collaborative wellness approach, you need those people. We are asked almost weekly for nurse practitioners and given jobs that are available. We just need more of them, because—

• 1100

Mr. Halliday: That raises another question. What about the training schools? As I came back, I heard some reference to schools in Hamilton and Halifax. . . and Calgary, is it?

Ms Goodine: There are outposts in Dalhousie and out west in Alberta.

Mr. Halliday: How adequate are those training facilities in terms of producing the numbers that are needed?

Ms Goodine: They are adequate for output nursing, and medical services uses those for training nurses who are working specifically in the north. If she did not have her degree, the federal government would pay the nurse to go to Dalhousie and take the program, provided she would give them, I think, two years back.

Mr. Halliday: For urban areas now?

Ms Goodine: For urban areas, no. We are now in the process of lobbying. We have had resolutions—

[Traduction]

Mme Davies: Parfois; à des endroits comme McMaster, par exemple. En tant qu'infirmière de première ligne, lorsque je donne des cours à des étudiants en médecine, je suis toujours capable de dire où ceux-ci ont été formés. Je peux dire dans quelle faculté ils n'ont eu aucun contact avec d'autres personnes; ils ne savent que ce qu'ils ont appris par eux-mêmes. Il y a d'autres étudiants qui font parfaitement l'affaire. Ce sont ceux qui viennent travailler dans les centres de santé communautaires; ils sont sûrs d'eux.

M. Halliday: Je voudrais vous poser une question d'ordre juridique. Quand vous faites des consultations post-natales ou prénatales, risquez-vous des poursuites de la part d'un malade quand vous commettez des erreurs flagrantes? Quel genre de protection avez-vous ou quelle protection ont les médecins avec lesquels vous travaillez?

Mme Goodine: Nous sommes assurés par le biais de notre association. Tant que nous respectons le code déontologique, nous sommes protégés. Les médecins ne sont pas responsables, sauf s'ils sont venus faire un examen eux-mêmes et s'ils ont été consultés.

M. Halliday: D'après vous, quelle est la principale raison pour laquelle, si je ne m'abuse, le nombre de CSC a peu augmenté depuis 20 ans? On avait pourtant recommandé très fort la création de tels centres. Pourquoi ne se sont-ils pas multipliés plus rapidement?

Mme Goodine: Je crois que la tendance à instaurer des services de santé communautaires est relativement récente, et le nombre de centres de santé communautaires augmente plus rapidement depuis lors. Je veux dire, dans un contexte urbain, comme à Toronto. Le problème, c'est qu'ils se multiplient tellement vite à Toronto qu'ils n'ont pas les infirmières de première ligne qualifiées qu'il leur faudrait. Il faut des personnes qualifiées pour ce genre d'action collective et préventive dans le domaine de la santé. On nous demande presque toutes les semaines des infirmières de première ligne pour leur donner les emplois disponibles. Il nous en faut davantage, parce que. . .

M. Halliday: Cela m'amène à poser une autre question. Et les écoles de stagiaires? À mon retour, j'ai entendu parler d'écoles à Hamilton et à Halifax. . . et à Calgary. N'est-ce pas?

Mme Goodine: On forme des stagiaires pour les postes éloignés à Dalhousie et dans l'Ouest, en Alberta.

M. Halliday: Ces écoles arrivent-elles à sortir un nombre suffisant d'infirmières?

Mme Goodine: Assez pour combler les postes éloignés; les services médicaux s'adressent à ces écoles pour former les infirmières spécialement pour aller travailler dans le Nord. Le gouvernement fédéral payerait les études d'une infirmière qui n'aurait pas de diplôme pour qu'elle aille à Dalhousie, pour autant qu'elle travaille deux ans pour lui, je pense.

M. Halliday: Et les régions urbaines?

Mme Goodine: Pour les régions urbaines, il n'y a rien. Nous faisons actuellement du lobbying. Nous avons eu des résolutions. . .

[Text]

Mr. Halliday: Who do you lobby?

Ms Goodine: The Nurse Practitioners Association has had resolutions accepted by the AOHCC.

Mr. Halliday: Who is that?

Ms Goodine: The Association of Ontario Health Centres. They have sent letters seeking support from the Minister of Health, the College of Nurses, the Canadian Nurses Association, the Physicians and Surgeons. . .

Mr. Halliday: So it is lack of funding at provincial levels that inhibits the adequate production of nurse practitioners? You are saying different things.

Ms Goodine: That is what we are lobbying for.

Ms Davies: And the program was closed down in 1983. There is some primary care training at the B.Sc.N. level, but it does not allow the skills. We took one whole year; they take six weeks. The program is not adequate to allow them to practise when they leave, nor have any of them I have ever talked to felt confident enough actually to go into the practice without a lot of extra training by the staff at the health centre.

The other thing is that until now the formation of the community health centres always had to have a special need, like lead pollution or water pollution or some major crisis that was occurring in that area that justified the opening of a CHC. That has held them back a lot, because the community has to run around doing a huge needs assessment, whereas just keeping people well is a major need. Or we had to be at high risk for poverty or for adolescent pregnancy, AIDS, or natives, and so on. Then you could get open. But my feeling is that we must be willing to open health centres without the obstacle of having to have a major health crisis in that area to be able to do that. Otherwise, you are pocketing all the time, but I believe it needs to be, as we were discussing before, a good, fair balance so the community have a choice of the kind of care they want to receive.

Mr. Halliday: Something on capitation and funding. I have had some experience in that going back 20 or so years, in the early days of capitation. I am quite familiar with two fairly similar set-ups from a physician point of view, less than 25 miles apart in roughly similar sized communities where they introduced a capitation system funded by the provincial government in Ontario. It ended up under that system that the net income per physician of the physicians working in the particular one that was on capitation was roughly three times what it was in a comparable practice not far away where they were working very diligently. It seemed like an awful waste of money.

[Translation]

M. Halliday: Pourquoi faites-vous du lobbying?

Mme Goodine: La *Nurse Practitioners Association* a fait accepter des résolutions par l'AOHC.

M. Halliday: Qu'est-ce que c'est?

Mme Goodine: L'*Association of Ontario Health Centres*. Cette association a envoyé des lettres pour obtenir l'appui du ministre de la Santé, du Collège des infirmières, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, du Collège des médecins et chirurgiens. . .

M. Halliday: C'est donc faute de subventions provinciales que l'on n'arrive pas à sortir un nombre suffisant d'infirmières de première ligne? Vous parlez de différentes choses.

Mme Goodine: C'est pour cela que nous faisons du lobbying.

Mme Davies: Et le programme a été supprimé en 1983. On donne une certaine formation en soins primaires au niveau du B.Sc.Inf., mais il n'y a pas de spécialisation. Nous avons pris toute une année; ils prennent six semaines. Le programme ne leur permet pas d'exercer lorsqu'elles partent; aucune de celles auxquelles j'ai parlé ne se sentait suffisamment à l'aise pour exercer sans avoir reçu une longue formation supplémentaire du personnel du centre de santé.

L'autre élément, c'est que jusqu'à présent, la formation donnée par les centres de santé communautaires correspondait toujours à un besoin spécial, comme la pollution par le plomb ou la pollution de l'eau, ou comme un gros problème qui surgissait dans la région et justifiait l'ouverture d'un CSC. De ce fait, les choses ont été retardées, car la communauté doit faire une énorme évaluation des besoins, alors que le simple fait de maintenir les gens en bonne santé constitue un besoin majeur. Ou bien nous devons axer nos activités sur les couches de la population où les risques de pauvreté, ou de grossesse chez les adolescentes, ou de sida, étaient très élevés, ou sur les autochtones, etc. On pouvait alors ouvrir un centre. À mon avis, il faut être disposé à ouvrir des centres de santé dans une région où il n'existe pas nécessairement de problèmes majeurs de santé; on devrait pouvoir le faire. Sinon, on empoche tout le temps; comme nous l'avons déjà dit, je crois toutefois qu'il faut un bon équilibre pour que la collectivité puisse choisir les services de santé qu'elle désire recevoir.

M. Halliday: Je voudrais parler de capitation et de financement. J'ai une certaine expérience dans le domaine qui remonte à une vingtaine d'années, alors qu'on commençait à avoir recours au système de la capitation. Je connais bien deux contextes assez semblables sur le plan médical, deux collectivités qui ont sensiblement la même importance et qui sont situées à 25 milles l'une de l'autre, où l'on a instauré un système de capitation financé par le gouvernement provincial de l'Ontario. En fin de compte, sous ce régime, le revenu net par personne des médecins qui travaillaient dans l'établissement où l'on appliquait le système de la capitation était à peu près trois fois plus élevé que celui des médecins travaillant dans des conditions comparables et qui faisaient un travail très consciencieux, dans un établissement situé à peu de distance. Cela revenait apparemment à jeter l'argent par les fenêtres.

[Texte]

One of the things that was happening, of course, was that difficult cases were being referred to a teaching centre not too far away and yet there was no loss of income.

So I wonder how you understand that. I came in just as you were talking about two kinds of capitation systems. Are evaluations being done to see what a capitation system is costing society? Is that kind of situation still prevalent where money is being wasted by the province in that kind of a payment mechanism?

Ms Davies: Certainly I know that the Ontario ministry is constantly monitoring capitation as well as the grant structure. We had the opposite. I was at South Riverdale Community Health Centre. I was the original nurse there. We had capitation, and it seemed like every single client we had was high risk. We recognized that we could not practise on capitation because our 21-year-old males had major health crisis problems. So they were not well enough. They would take almost as long as all the other high-risk people. We were still getting only the \$15.20 a month for them, but we were sometimes seeing them four or five times a month. So all our clients were high risk because of the nature of the area we were working in.

Basically I agree with you, and that is why it is useful to have a choice. I mentioned earlier to the rest of the group that it is also a philosophy in health care. I believe in the health care centres I have worked closely with, and I have worked in a number now, there is ethics involved as well, that we do not abuse the system, and I think monitoring is always a useful thing to do as long as it is not costing the ministry more than it is to fund the centre.

[Traduction]

Ce qui arrivait, cela va de soi, c'est que les cas difficiles étaient aiguillées vers un centre de formation situé non loin de là, sans qu'il y ait perte de revenu.

Je me demande ce que vous en pensez. Je suis arrivé juste au moment où vous parliez de deux sortes de systèmes de capitation. Fait-on des évaluations pour essayer de savoir ce que coûte un système de capitation à la société? La province a-t-elle tendance à jeter l'argent par les fenêtres lorsqu'elle adopte ce genre de système de rémunération?

Mme Davies: Je sais que le ministère ontarien suit constamment la capitation et le système d'octroi des subventions. Nous avions le contraire. J'étais au centre de santé communautaire de South Riverdale. J'étais la première infirmière là-bas. Nous avions le système de capitation, et on aurait dit qu'absolument tous nos clients faisaient partie de la catégorie à risques. Nous avons admis que nous ne pouvions pas fonctionner sous le régime de la capitation parce que les jeunes hommes de 21 ans de notre région avaient d'énormes problèmes de santé. Ils n'étaient pas assez bien. Il fallait leur consacrer pratiquement autant de temps qu'à toutes les autres personnes à risques. Nous continuions à ne recevoir que 15.20\$ par mois pour eux, mais ils venaient parfois quatre ou cinq fois par mois. Par conséquent, tous nos clients faisaient partie de la catégorie à risques à cause de la nature de la région où nous travaillions.

Je suis essentiellement d'accord avec vous, et c'est pourquoi il est utile d'avoir le choix. J'ai déjà dit au reste du groupe que c'est également un principe dans les milieux de la santé. J'ai confiance dans les centres de santé avec lesquels j'ai travaillé en étroite collaboration, et il y en a pas mal; il y a une question d'éthique également; il ne faut pas abuser du système; je crois qu'une certaine surveillance est toujours utile, pour autant qu'elle ne coûte pas davantage au ministère que le financement du centre.

• 1105

Certainly I believe that again we are back to having enough people out there like medical students going in, recognizing that it is a wonderful alternative in providing medical care to be working in those kinds of centres. Unfortunately, we do not have a lot of the people who want to go into those who ethically feel that it is critical to the well-being of society to participate in those systems.

HSOs have been put into that situation where—I have heard about that before—they refer the tricky ones out and just have a nice, clean, neat, healthy population. If yours is not the one I know about, there are not very many I do not know about. It is an issue that can be abused, and that is often when it is not a multi-disciplinary approach but when it is a group of physicians. That is when the multi-disciplinary approach is really useful, because physicians are only seeing medical problems, and all those other things that are low risk would be seen by the nurse practitioner anyway. We could contract a doctor in, could we not?

Nous commençons à avoir de nouveau assez d'étudiants en médecine, qui reconnaissent que travailler dans ce genre de centres est une merveilleuse solution de remplacement pour les services médicaux. Malheureusement, il n'y a pas tellement de personnes qui veulent aller travailler dans ces centres parce qu'elles sont convaincues qu'il est absolument indispensable de jouer un rôle dans ces systèmes pour le bien-être de la société.

Les HSO se sont trouvés dans cette situation; je l'ai déjà entendu dire; ils se débarrassent des cas épineux et se contentent d'une belle population propre, en bonne santé. Si le vôtre n'est pas celui que je connais, il n'y en a pas beaucoup que je ne connais pas. On peut abuser de la situation; cela arrive souvent, non pas lorsqu'il y a une équipe multidisciplinaire, mais lorsqu'il s'agit d'un groupe de médecins. C'est là que le système de l'équipe multidisciplinaire est vraiment utile, car les médecins ne voient que les problèmes médicaux; de toute façon, tous les autres éléments présentant de faibles risques sont décelés par l'infirmière de première ligne. Nous pourrions engager un médecin à contrat, n'est-ce pas?

[Text]

Seriously, in that kind of setting, if they only had low-risk people the need would be for a very high nurse practitioner population and possibly a couple of social workers, physiotherapists, or whatever those needs were, and a physician to screen, to make sure in fact that any medical problems that arose came, and that would cut down on the abuses.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, our researchers did a good job of putting together some questions, all of which may not have been answered. Could our witnesses be invited to respond to these questions if they were provided with them?

The Chairman: We can provide you with a list of the questions.

Ms Goodine: Respond right now?

Mr. Halliday: No, in writing, if you could.

Ms Davies: Sure.

The Chairman: I know we are getting into some time constraints, and I apologize to the witnesses. We have a schedule of witnesses for this coming Thursday, but I have asked the clerk to set aside next Tuesday for a meeting of the committee. Some of you have indicated a number of issues you would like to raise before the committee, so we will not hear witnesses but try to use that full time for work of the committee and some of the initiatives that you have raised individually or that have been raised by a couple of you together. Please keep that in mind.

We could perhaps wrap this up quickly. I do not know if we are under any pressure as far as the room is concerned, but I think we are losing our—

Mr. Pagtakhan: I have one more question. I could ask it privately.

The Chairman: Is there anything else at all? If not, I extend to both of you our sincere thanks for appearing before the committee this morning. The interest we have in the subject is certainly evident from the questions asked by the members. I do thank you for your frankness in discussing some of the aspects you have raised, particularly the area of funding. As I indicated to you at the beginning, we will be providing you with some of the questions that have been prepared by our staff, but should there be additional information that the committee may seek we would hope we could contact you in the future as well. So with that, thank you very much.

The meeting is adjourned.

[Translation]

Sérieusement, dans ce genre de cadre, si l'on n'avait qu'une population à faible risque, il faudrait un très grand nombre d'infirmières de première ligne, voire deux ou trois travailleurs sociaux, physiothérapeutes ou autres spécialistes selon les besoins, ainsi qu'un médecin pour surveiller; et il faudrait s'assurer que tous les gens ayant des problèmes médicaux viennent: on réduirait ainsi les abus.

M. Halliday: Monsieur le président, nos recherchistes ont fait du bon travail en préparant quelques questions, dont certaines sont peut-être restées sans réponse. Pourrait-on demander aux témoins de répondre à ces questions si on les leur pose?

Le président: Nous pouvons vous fournir la liste des questions.

Mme Goodine: Répondre immédiatement?

M. Halliday: Non, par écrit, si c'est possible.

Mme Davies: Certainement.

Le président: Le temps passe, je le sais, et je présente mes excuses aux témoins. Nous avons une série de témoins prévus pour jeudi, mais j'ai demandé au greffier de réserver mardi prochain pour une réunion du comité. Certains d'entre vous ont peut-être signalé quelques problèmes que vous aimeriez aborder devant le comité; nous n'entendrons donc pas de témoins, mais nous essayerons de consacrer tout le temps aux travaux du comité et à certaines des initiatives auxquelles certains d'entre vous ont fait allusion individuellement ou à deux ou trois. N'oubliez pas cela.

Nous pourrions peut-être terminer rapidement. J'ignore si nous devons libérer la salle à une certaine heure, mais je crois que nous perdons. . .

M. Pagtakhan: J'ai une autre question à poser. Je pourrais la poser en particulier.

Le président: Y a-t-il autre chose? Sinon, je vous remercie toutes les deux sincèrement d'avoir bien voulu comparaître devant le comité ce matin. L'intérêt que nous portons à la question est manifeste, à en juger d'après les questions posées par les membres. Je vous remercie pour la franchise dont vous avez fait preuve à propos de certains des aspects du problème que vous avez abordé, surtout en ce qui concerne la question du financement. Comme je vous l'ai dit au début, nous vous donnerons la liste de certaines des questions qui ont été préparées par nos collaborateurs, mais si le comité désire obtenir de plus amples renseignements, nous espérons pouvoir nous mettre en rapport avec vous plus tard. Merci infiniment.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Nurse Practitioner Association of Ontario:

Wendy Goodine, President;
Carolyn Davies, President Elect.

TÉMOINS

De la Nurse Practitioner Association of Ontario:

Wendy Goodine, présidente;
Carolyn Davies, présidente élue.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 42

Thursday, October 25, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 42

Le jeudi 25 octobre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, OCTOBER 25, 1990
(51)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:05 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Acting Members present: Al Horning for Stanley Wilbee; Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: From the Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine: Ronald Dugas, President; Ken Basham, Vice-President. *From the Baycrest Centre for Geriatric Care:* Sandra Leggat, Director of Planning; Sam Ruth, Consultant.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Ronald Dugas made a statement and, with the other witness, answered questions.

At 10:11 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:17 o'clock a.m., the sitting resumed and the representatives from the Baycrest Centre for Geriatric Care appeared before the Committee. Sandra Leggat and Sam Ruth each made a statement and answered questions.

At 11:09 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 25 OCTOBRE 1990
(51)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 05, dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Robert Porter.

Membres suppléants présents: Al Horning remplace Stanley Wilbee; Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: De l'Association des citoyens avertis pour la médecine préventive: Ronald Dugas, président; Ken Basham, vice-président. *Du Baycrest Centre for Geriatric Care:* Sandra Leggat, directrice de la planification; Sam Ruth, consultant.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Ronald Dugas fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 10 h 11, la séance est suspendue.

À 10 h 17, la séance reprend. Sandra Leggat et Sam Ruth font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 11 h 09, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, October 25, 1990

• 0906

The Chairman: I call the meeting to order. Pursuant to Standing Order 108, the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we are pleased to welcome the Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine. Mr. Ronald Dugas is president, Ken Basham is vice-president, and Gertrude Whelan is secretary treasurer. As you are aware, the committee has been holding hearings and receiving witnesses for some time now, and we will be preparing a report at the conclusion of our hearings. We look forward to hearing from you this morning and thank you for appearing before the committee.

Mr. Ronald J. Dugas (President, Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine): Thank you very much, Mr. Chairman. We appreciate the opportunity to appear before the committee to express the views of our members on this very important issue of the health care system and its funding. I sincerely hope the concerns of the Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine on this matter will contribute usefully to your deliberations.

The ACCPM is a non-profit national organization providing education, information, and advocacy for Canadians on issues of preventive health care. It was formed in 1981 and has over 8,000 members across Canada.

Governments, businesses, and professions are three powerful groups that are capable of taking care of their interests. The health care consumer is the little guy. All too often he is not too well and is rarely financially well off. Usually he lacks the vitality and specialized information needed to fight effectively.

Mr. Chairman, it is becoming more and more obvious to many of us that unless the governments of the day are prepared to take a good long look at alternative schools of medicine, the very foundation of the medicare system as we know it could well be threatened. It is clear to almost everyone by now that the Canadian economy is in a period of retrenchment and levelling off, and change in the economy is not something abstract, confined only to the numbers on accounting reports.

We believe we are experiencing a basic readjustment of our way of life. Perhaps the growth in our expectations of economic health can resume some time in the future but probably not until we get through what could be a period of stagnation and soul searching. Our ability to purchase medical services could well be inhibited. This may be shocking to many, because we have been conditioned to think that our medical care is paid for by others.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 25 octobre 1990

Le président: La séance est ouverte. Conformément à l'article 108 du Règlement, le comité poursuit l'étude du système des soins de santé au Canada et de son financement.

Nous accueillons ce matin l'Association des citoyens avertis pour la médecine préventive. M. Ronald Dugas en est le président, Ken Basham le vice-président et Gertrude Whelan la secrétaire-trésorière. Comme vous le savez, le comité tient ses audiences et entend des témoins depuis déjà quelque temps, cette étape terminée, nous pourrions alors rédiger notre rapport. Nous sommes heureux de vous accueillir ce matin et nous vous remercions d'être venus témoigner devant le comité.

M. Ronald J. Dugas (président, Association des citoyens avertis pour la médecine préventive): Merci beaucoup, monsieur le président. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de témoigner devant le comité pour exprimer le point de vue de nos membres sur la très importante question du système des soins de santé et de son financement. J'espère sincèrement que les préoccupations de l'Association des citoyens avertis pour la médecine préventive vous seront utiles.

L'ACAMP est un organisme national sans but lucratif qui fournit des services d'éducation, d'information et de défense des intérêts des Canadiens pour les questions reliées aux soins de santé préventifs. Elle a été créée en 1981 et compte plus de 8,000 membres dans le pays.

Les pouvoirs publics, les entreprises et les professions sont trois groupes puissants, qui sont capables de défendre leurs intérêts. Le consommateur de services de santé est un citoyen sans défense. Il lui arrive très souvent de ne pas se sentir trop bien et il est rarement à l'aise sur le plan financier. Bien souvent, il ne possède pas la vitalité ni les informations spéciales nécessaires pour bien se défendre.

Monsieur le président, il est de plus en plus évident pour bon nombre d'entre nous que, si les gouvernements du jour ne sont pas disposés à examiner sérieusement les médecines alternatives, le fondement même du système de soins de santé actuel pourrait être menacé. Presque tout le monde reconnaît maintenant que l'économie du Canada traverse une période de réduction et de stabilisation des dépenses et que les changements économiques ne sont pas quelque chose d'abstrait qui n'influe que sur les chiffres dans les rapports comptables.

Selon nous, nous assistons à une modification fondamentale de notre mode de vie. Nous pourrions peut-être recommencer plus tard à espérer une meilleure santé économique, mais sans doute pas avant d'avoir traversé ce qui pourrait être une période de stagnation et d'examen de conscience. Cela pourrait fort bien restreindre notre capacité d'acheter des services médicaux. Bien des gens pourraient trouver cela scandaleux parce que nous avons l'habitude de penser que ce sont d'autres qui paient pour nos soins médicaux.

[Texte]

Let us just for a moment look at the facts. This is a report that was compiled by Health and Welfare Canada in 1984 entitled "National Health Expenditures". That particular report indicated that by the time all the provinces were fully participating in medicare back in 1971, health care was costing the country around \$7 billion a year. Since we are now spending approximately \$46 billion a year, that means costs have gone up 550% in the past 16 years.

• 0910

Even doctors and hospitals have been insulated from the cost issue. For humanitarian reasons our society has urged doctors not to make cost-benefit judgments. Everyone who goes to a doctor, regardless of income, is supposed to get the same quality of care. Many doctors simply do not know the dollar cost of the various tests and procedures they prescribe, and may indeed feel it is unethical to know. This is especially true of all the tests requested, and the drugs and special care prescribed, which make up a larger part of medical care costs than the doctors' own fees.

The income of hospitals is also protected by our structure of insurance and government grants. In fact, we have heard it said that hospitalization insurance was originated years ago not so much as a way to ensure that everyone could get a bed when needed, but to have a steady cashflow to pay the bills of the institutions. Whether or not this is true, we can be sure that hospitalization insurance has provided much of the income needed to transform hospitals from low-budget organizations depending largely on charity to well-financed dispensers of high-technology services.

As difficult as this problem seems, we are convinced there are changes that should be made. Actually, we are not going to have any alternative but to adjust to the problem, as we probably will not be able to solve it in some almost magical technological way.

I would now like to highlight the major points that are covered in our submission. We at the ACCPM are concerned at the lack of support and funding for alternative models of health care through prevention and education. The ACCPM presented in the brief the case for an examination of the various alternative health disciplines, the attitudes of government to them and to access to preventive health services.

We addressed the problems of escalating costs and increased usage, and answers to such problems. We also suggested full freedom of choice and the implementation of democratic processes in the control of and access to health care services be achieved by setting up a public health commission to remedy the present monopoly situation.

[Traduction]

Examinons les faits un instant. J'ai ici un rapport rédigé par Santé et Bien-être social Canada en 1984, qui s'intitule «Dépenses de la Santé nationale». D'après ce rapport, une fois que toutes les provinces ont commencé à participer pleinement au régime de soins de santé en 1971, les soins de santé coûtaient environ 7 milliards de dollars par année au Canada. Depuis, les dépenses ont atteint environ 46 milliards de dollars par année, ce qui veut dire qu'ils ont augmenté de 550 p. 100 au cours des 16 dernières années.

Même les médecins et les hôpitaux ont été tenus à l'abri des problèmes de coûts. Pour des raisons humanitaires, notre société a incité les médecins à ne pas porter de jugement basé sur les coûts et les avantages. Tous ceux qui consultent le médecin, quel que soit leur revenu, doivent recevoir des soins de la même qualité. Bien des médecins ne savent tout simplement pas combien coûtent les divers tests et traitements qu'ils prescrivent et ils peuvent même juger immoral de le savoir. C'est tout particulièrement le cas des tests demandés et des médicaments et des soins de santé prescrits, qui représentent une part plus importante des coûts des soins de santé que les honoraires des médecins.

Le revenu des hôpitaux est lui aussi protégé par notre système d'assurance et de subventions gouvernementales. De fait, nous avons entendu dire que l'assurance-hospitalisation a été créée il y a des années non pas tellement pour garantir que tout le monde aurait accès à un lit d'hôpital au besoin, mais plutôt pour obtenir des recettes régulières afin de payer les factures des institutions. Que ce soit vrai ou non, il est certain que l'assurance-hospitalisation a fourni une bonne partie des recettes nécessaires pour que les hôpitaux, qui étaient auparavant des organismes pauvres qui comptaient dans une grande mesure sur la charité, puissent devenir des établissements bien financés, offrant des services de haute technologie.

Le problème peut sembler fort épineux, mais nous sommes convaincus que certains changements devraient être apportés. En réalité, nous n'aurons pas le choix. Nous devons nous adapter au problème puisque nous ne pourrions probablement pas le résoudre de façon quasi miraculeuse.

Je voudrais maintenant mettre en lumière les principaux points examinés dans notre mémoire. L'ACAMP se préoccupe du manque d'appui et de financement pour les modèles de soins de santé alternatifs grâce à la prévention et à l'éducation. Dans le mémoire, nous expliquons qu'il faut examiner les diverses médecines alternatives, de même que l'attitude du gouvernement envers ces médecines alternatives et l'accès aux soins de santé préventifs.

Nous examinons aussi les problèmes de l'escalade des coûts et du recours accru aux services, de même que les solutions à ces problèmes. Nous proposons en outre l'entière liberté de choix et la mise en oeuvre de procédés démocratiques pour le contrôle des soins de santé et l'accès aux services grâce à l'établissement d'une commission de la santé publique, chargée de briser le monopole actuel.

[Text]

We proposed full disclosure laws, which will ensure that the health services consumer is fully informed by complete access to medical information, and have clearly defined, well understood rights. This would elevate the health care consumer from patient to partner.

In Ontario 82% of people feel the province should adopt a patients' bill of rights, and 92% support the idea of patient advocates to guarantee patients' rights, according to a poll commissioned by the Ontario Nurses Association.

Hospitals and practitioners should be required to provide, as in all fields and walks of life, written notices detailing the success and failure rates, the legal rights of patients, and giving information about an advocacy service. Practitioners should provide written description, discussion of treatments, and any known alternatives of drugs prescribed, including action of drug, generic name, condition for which it is prescribed, of contra-indications and side-effects.

• 0915

Hospitals and other institutions should provide information about nosocomial infection rates and description of infection control program, description of clinical trials and clinical experiments proposed or conducted in the institution during the past year.

The ACCPM urges health remain a top national priority and that urgent steps be taken to promote the concept of preventive health care rather than the current emphasis on palliative emergency and crisis care.

We urge integration of conventional, complementary, and alternative medicine and that training in medical schools be expanded and reorganized with a special reference to nutritional medicine and environmental illnesses; that statutory standards be set and institutions recognized for training in the major alternative medical systems; that the role of advertising in promoting pharmaceutical products and influencing the independence of thinking of medical practitioners be investigated by an independent commission; that all committees that deal with the examination, licensing and control of drugs and medications be restructured in order to allow adequate representation from experts in homeopathic, herbal and biochemic medicine.

The academic study of comparative medical systems, etc., should be introduced into the curricula of high schools, community colleges, and universities.

Mr. Chairman, with these opening remarks I would also like to mention that at the conclusion of our submission our recommendations are listed at the back of the report.

[Translation]

Nous proposons l'adoption de lois prévoyant la divulgation de toutes les informations pour garantir que le consommateur des soins de santé sera parfaitement informé grâce à un accès complet aux renseignements médicaux et à une définition claire et compréhensible de ses droits. À ce moment-là, le consommateur des soins de santé deviendrait un associé au lieu d'être un simple malade.

En Ontario, d'après les résultats de sondages effectués pour l'Association des infirmières de l'Ontario, 82 p. 100 des gens trouvent que la province devrait adopter une charte des droits des malades et 92 p. 100 préconisent le recours à des défenseurs des droits des malades pour protéger ces droits.

Les hôpitaux et les praticiens devraient être obligés, comme dans tous les autres domaines et professions, de donner par écrit des renseignements détaillés sur le pourcentage de réussites et d'échecs, les droits des malades devant la loi et les services auxquels ils peuvent avoir recours pour la défense de leurs droits. Les médecins devraient expliquer par écrit la nature des traitements et indiquer toutes autres possibilités connues pour les médicaments prescrits ainsi que les effets, le nom générique, les maladies pour lesquelles ils sont prescrits, les contre-indications et les effets secondaires.

Les hôpitaux et autres établissements devraient révéler au public la fréquence des infections nosocomiales et expliquer le programme de lutte contre les infections ainsi que les études et expériences cliniques projetées ou effectuées dans l'établissement au cours de l'année.

L'ACAMP recommande que l'on continue à accorder une très grande priorité nationale à la santé et que l'on prenne de toute urgence les mesures nécessaires pour faire valoir la notion de soins préventifs par opposition au système actuel basé sur des soins palliatifs, des soins d'urgence et sur l'intervention dans des situations critiques.

Nous recommandons que l'on facilite l'intégration de la médecine traditionnelle, complémentaire et alternative et que l'on étende et réorganise la formation dans les écoles de médecine pour traiter de la médecine nutritionnelle et des maladies environnementales; que l'on fixe des normes par voies législatives et que l'on reconnaisse certains établissements pour la formation dans les principales médecines alternatives; qu'une commission indépendante soit chargée de faire enquête sur le rôle de la publicité visant à promouvoir la vente de produits pharmaceutiques et à influencer l'opinion des médecins; que tous les comités qui s'occupent de l'analyse, de l'homologation et de la réglementation des médicaments soient réorganisés de façon à compter un nombre suffisant d'experts en médecine homéopathique, en phytothérapie et en médecine biochimique.

En outre, l'étude comparative de diverses médecines devraient être mises au programme d'étude des écoles secondaires, des collèges communautaires et des universités.

Monsieur le président, je signale en terminant que nos recommandations figurent à la fin de notre mémoire.

[Texte]

The Chairman: Thank you very much for your presentation this morning. Before we move to members of the committee, you mentioned at the opening that you have 8,000 members and that you are a non-profit organization. Could you perhaps tell us how your membership is established and how you fund your organization?

Mr. Dugas: I must say right off the bat that this has been a very difficult task. As you know, when you are a voluntary organization and you rely strictly on contributions and donations from your membership and interested bodies, it is difficult sometimes to keep an organization afloat.

We have been successful since 1982, which was the date this organization was formed. As I say, we have been fortunate that people are such firm believers in this alternative health care program that we now number 8,000 members.

Mr. Halliday (Oxford): Do you have a membership fee?

Mr. Dugas: No, we do not. It is strictly contributions.

The Chairman: Mr. Karpoff, would you like to lead the questioning?

Mr. Karpoff (Surrey North): I have a number of questions, but I also would like a follow-up question about your membership. Are you mainly based in eastern Canada, or do you have members right across the country?

Mr. Dugas: Right across the country. We have members from Whitehorse in the Yukon all the way to St. John's, Newfoundland.

Mr. Karpoff: Do you have branches in provinces?

Mr. Dugas: No, we do not. We have contacts though in every one of these regions.

Mr. Karpoff: One of the things you keep talking about is alternative health care systems. I know a number of alternative health practitioners. Please expand on what you are actually talking about when you say "alternative health care system". Are you talking about different types of practitioners, other than physicians, or are you talking about a revamping of the whole system of delivering health care within the professions we now know?

• 0920

Mr. Dugas: In answering your question, I would like to ask if you are aware of the health legislation review committee in the province of Ontario. They have just produced a report. When I say "just", I mean the report was actually presented to the Liberal government—this was last year when they were in power.

They are recommending that many forms of alternative health care be recognized under the system. To give you an example of what we mean, chiropractors would be recognized under the Health Discipline Act and not under the Drugless Therapy Act—also the midwives, as an example. These are alternatives to the health care system as we know it.

[Traduction]

Le président: Je tiens à vous remercier de l'exposé que vous nous avez fait aujourd'hui. Avant de donner la parole aux autres membres du comité, j'aimerais avoir une précision. Vous avez dit au départ que vous comptiez 8,000 membres et que vous étiez un organisme sans but lucratif. Vous pourriez peut-être nous expliquer qui sont vos membres et comment vous financez votre organisme?

M. Dugas: Je peux vous dire tout de suite que cela nous a donné bien du mal. Comme vous le savez, les organismes bénévoles qui dépendent uniquement des cotisations et des dons de leurs membres et de groupes intéressés ont parfois du mal à se maintenir à flots.

Nous y réunissons cependant depuis 1982, année où nous avons fondé notre association. Nous avons eu bien de la chance que les gens soient à ce point convaincus de l'utilité d'un système alternatif de soins de santé que nous comptons maintenant 8,000 membres.

M. Halliday (Oxford): Demandez-vous à vos membres une cotisation fixe?

M. Dugas: Non, nous comptons uniquement sur des contributions volontaires.

Le président: Voulez-vous poser les premières questions, monsieur Karpoff?

M. Karpoff (Surrey-Nord): Je voudrais poser quelques questions, mais je voudrais aussi d'autres précisions au sujet de vos membres. Est-ce que la plupart viennent de l'est du Canada ou y en a-t-il dans tout le pays?

M. Dugas: Nous avons des membres dans tout le pays. Nous en avons à partir de Whitehorse, au Yukon, jusqu'à St. John's, Terre-Neuve.

M. Karpoff: Avez-vous des filiales provinciales?

M. Dugas: Non, nous n'en avons pas. Nous avons cependant des contacts dans chaque région.

M. Karpoff: Une chose sur laquelle vous revenez souvent, c'est un système de soins de santé alternatifs. Je connais un certain nombre de praticiens de médecines alternatives. Veuillez nous dire à quoi vous songez quand vous parlez de système de soins de santé alternatifs. Voulez-vous parler simplement de praticiens autres que les médecins ou plutôt d'une réorganisation de tout le système de soins de santé, qui concernait les professions que nous connaissons maintenant?

M. Dugas: Je voudrais d'abord vous demander si vous êtes au courant de l'existence du comité ontarien d'examen de la loi en matière de santé. Ce comité vient de publier un rapport, ou plutôt il a présenté un rapport au gouvernement libéral l'année dernière quand celui-ci était encore au pouvoir.

Le comité recommande que l'on reconnaisse de nombreuses formes de soins de santé alternatifs. Par exemple, les chiropraticiens seraient reconnus par la Loi sur les sciences de la santé et non par la Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments. Ce serait aussi le cas des sages-femmes. Ces exemples constituent des soins de santé alternatifs par rapport à ce qui existe maintenant.

[Text]

Mr. Karpoff: So you are talking about alternative practitioners—expanding practitioners, not revamping the health care system?

Mr. Ken Basham (Vice-President, Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine): We would like to see greater recognition of these alternative systems, some of which are incomplete systems in that they cover only a certain range of therapy or a certain range of procedures or disorders. Others are nearer complete in that they offer almost an alternative, except in surgery, to conventional medicine.

We have two purposes here. One is we would like to see these encouraged and developed and generally brought up to a higher standard and at the same time, from there, an integration of these services where we feel conventional medicine falls sort.

Conventional medicine is largely concerned with what one might call crisis therapy. When there is a disease, there is a great range of drugs and procedures to deal with it. When there are accidents, and so on, there is high-class technology to deal with it and save lives. But on the preventive side and on the general illnesses, which cover about 80% of illnesses, there is nothing to be done conventionally until the pathology is developed.

We feel these different systems could be brought together, and the appropriate system used in accordance with the desires of the patient and the recommendations of the practitioners. This has been done in Germany for many years. The Chinese have a similar system in which traditional and western, as they call it, is available. We are looking along terms like that so as to improve the system delivered to our people. We also believe it will be cost-effective, because these systems do not involve expensive drugs or expensive high technology. Also, by keeping people well, we are going to reduce the cost of the present system. That is the basis of our ideas.

Mr. Karpoff: When you talk about recognizing alternatives, there are two ways you can be recognized. One is in terms of licensing or standards, and the other is in terms of remuneration or fees. Are you proposing a broadening of the licensing procedures for these people, or are you proposing that this type of medical practitioner can access the medical care system in terms of fees?

Mr. Basham: In many provinces, certainly going from Ontario and then going west, there is licensing of the main groups of these practitioners—naturopaths, chiropractors, osteopaths—and in some of the provinces there is remuneration in whole or in part for their services, so the thing is already going that way.

The main thing is the recognition or licensing, and along with that support of the education, because the education of alternatives has to be funded by the students or by the profession, which is a very difficult procedure. But if we want to raise the standards and the quality of the education, some funding will have to come from somewhere.

[Translation]

M. Karpoff: Vous parlez donc de reconnaître les praticiens de médecines alternatives et non de réorganiser le système de soins de santé actuel.

M. Ken Basham (vice-président, Association des citoyens avertis pour la médecine préventive): Nous voudrions que l'on reconnaisse davantage ces médecines alternatives, dont certaines sont incomplètes parce qu'elles ne visent qu'un certain nombre de traitements ou de maladies. D'autres sont davantage complètes puisqu'elles offrent, sauf pour la chirurgie, un système tout à fait différent de celui de la médecine traditionnelle.

Nous avons deux objectifs. Nous voudrions que ces médecines alternatives soient encouragées, développées et améliorées de façon générale et nous voudrions en même temps une intégration des services de ce genre-là, où la médecine traditionnelle laisse à désirer.

La médecine traditionnelle s'occupe dans une grande mesure d'interventions dans des situations critiques. Lorsqu'on tombe malade, il existe toute une gamme de médicaments et de traitements auxquels on peut avoir recours. Lorsqu'on a un accident, la technologie de pointe est là pour nous aider à sauver des vies. Par ailleurs, du côté de la prévention et de la maladie en général, qui englobe environ 80 p. 100 des maladies, la médecine traditionnelle ne peut rien faire tant que les symptômes pathologiques ne se sont pas manifestés.

Selon nous, ces différents systèmes pourraient être regroupés, et l'on pourrait à ce moment-là avoir recours au système approprié selon les désirs du malade et les recommandations des praticiens. C'est ce qui se fait en Allemagne depuis bien des années. Il existe un système du même genre en Chine, où l'on offre à la fois les services de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine qu'on appelle occidentale. Nous préconisons des systèmes de ce genre pour améliorer les soins prodigués au Canada. Nous pensons aussi que cela sera avantageux sur le plan économique parce que les soins de ce genre n'exigent pas le recours à des médicaments dispendieux ou à la haute technologie. En outre, si les gens restent en bonne santé, cela réduira le coût du système actuel. C'est le point de départ de notre thèse.

M. Karpoff: Il y aurait deux façons de reconnaître les médecines alternatives. L'une a trait aux permis et aux normes et l'autre à la rémunération ou aux honoraires. Proposez-vous que ces autres praticiens puissent obtenir un permis, ou bien plutôt qu'ils puissent avoir accès aux honoraires prévus dans le cadre du système de soins médicaux?

M. Basham: Dans bon nombre de provinces, en allant de l'Ontario vers l'ouest, les principaux groupes de praticiens de ce genre sont autorisés à pratiquer, notamment les naturopathes, les chiropraticiens et les ostéopathes, et, dans certaines des provinces, ils sont rémunérés en totalité ou en partie pour leurs services. Cela se fait donc déjà.

Il s'agit surtout de reconnaître leur droit de pratiquer et de mieux éduquer le public parce que, pour l'instant, l'éducation en matière de médecines alternatives doit être financée par les étudiants ou la profession même, ce qui cause beaucoup de problèmes. Si nous voulons relever les normes et améliorer la qualité de l'enseignement, il faudra trouver de l'argent quelque part.

[Texte]

[Traduction]

• 0925

With regard to the remuneration, it would probably be necessary if there was full integration. There would have to be some way of funding those institutions where the integration took place. To some extent, that is already done in Ontario. The medical practitioners in our community groups are salaried. They receive a lump sum from the province. Something like that could possibly be done, if we reach that stage.

Mr. Karpoff: In the brief you submitted, you indicated that if the public was better informed about medical practices and medical alternatives, it would result in more economies and efficiencies in the health care system. Are you aware of any jurisdiction where this is true and where you can document that it actually resulted in a lowering of costs or economies?

Mr. Basham: I am not aware of any of that. The proposal is that the public should be as well informed when they purchase medical care as when they purchase a garment in a store, or when they purchase food, where things are labeled—60% polyester, 40% cotton, or whatever. There also are labels on cans of food, and so on.

What we are asking for is something similar to that in the medical field. If it is suggested that a certain procedure should be used, the patient should be informed of the success rate of that procedure and the dangers of it. A printed form should be given so they can make a reasoned and informed judgment before they sign that they will have it.

Mr. Karpoff: Do you not feel that this now is done by the family physician, who would normally tell you the rate of success and the risks associated with a procedure?

Mr. Basham: Not in that detailed way.

Mr. Dugas: I would like to speak as a lay person. I am not a health care professional. I became very interested in this field because I have had a lot of ties with the Department of Health and Welfare. I realized quite a few years ago that not much was being done in the area of prevention. Mind you, at times there are steps being taken, but they are not major steps. They are types of bandages, trying to adjust to the situation.

There are two reasons why lay people such as myself are vitally, very much interested in alternative and preventive health care. First of all, when I look at our membership—and the many people going toward alternatives—they are prepared to take money out of their own pockets to be treated. In essence, they firmly believe they do not want to be treated with drugs unless there is an emergency, unless there is a crisis.

When you are asking for feedback with regard to figures or statistics to that effect, I was a very sick person 15 years ago. I was on the downhill until there came a time when I went toward alternatives and found that my health was much better.

People are prepared to pay out of their own pockets, but should have the choice. It should be put to the public. There should not be a monopoly as we have at the present time.

Relativement à la rémunération, ce serait probablement nécessaire s'il y avait intégration complète. Il faudrait trouver un moyen quelconque de financer les établissements où les services sont intégrés. Cela se fait déjà dans une certaine mesure en Ontario. Les médecins de nos groupes communautaires sont salariés. Ils reçoivent un montant forfaitaire de la province. On pourrait probablement envisager un système de ce genre si nous allons jusque-là.

M. Karpoff: Dans votre mémoire, vous dites que, si le public était mieux informé sur les pratiques médicales et les autres possibilités de traitement, le système de soins de santé serait plus économique et plus efficace. Y a-t-il un endroit où on a constaté que c'était effectivement le cas et où cela a entraîné une réduction des coûts?

M. Basham: Je n'en sais rien. Ce que nous voulons, c'est que le public soit aussi bien renseigné quand il achète des soins médicaux que lorsqu'il achète un vêtement au magasin ou des aliments. Les étiquettes sur les vêtements disent que le tissu contient 60 p. 100 de polyester, 40 p. 100 de coton, etc. Il y a aussi des étiquettes sur les produits alimentaires.

Nous voulons quelque chose de semblable dans le domaine de la médecine. Si l'on recommande un certain traitement au malade, il devrait être informé du taux de succès de ce traitement et des dangers qu'il comporte. On devrait lui en remettre une description pour qu'il puisse prendre une décision en toute connaissance de cause avant de signer la formule de consentement.

M. Karpoff: Ne pensez-vous pas que le médecin de famille le fait déjà et qu'il explique normalement le taux de réussite et les risques d'un traitement particulier?

M. Basham: Pas de façon détaillée.

M. Dugas: Je suis un simple profane. Je ne suis pas un professionnel des soins de santé. Je me suis bien intéressé à la question parce que j'ai eu beaucoup de contacts avec le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Je me suis rendu compte, il y a déjà plusieurs années, qu'on ne faisait pas grand-chose dans le domaine de la prévention. On prend parfois certaines mesures, mais ce ne sont pas des mesures importantes. Ce ne sont que des béquilles qui aident les gens à s'adapter à la situation.

Il y a deux raisons pour lesquelles les profanes comme moi s'intéressent énormément aux soins de santé alternatifs et préventifs. Tout d'abord, nos membres et les nombreuses personnes qui optent pour les soins alternatifs sont prêts à payer de leur poche pour se faire traiter. Essentiellement, ils refusent le traitement par médicaments, sauf en cas d'urgence ou de crise.

Si vous voulez des chiffres ou des cas d'espèces à cet égard, je vous dirai que j'étais très malade il y a 15 ans. Cela allait de mal en pis jusqu'à ce que je me tourne vers la médecine alternative. Je me suis alors senti beaucoup mieux.

Les gens sont prêts à payer de leur poche, mais ils devraient malgré tout avoir le choix. Le public devrait être libre de choisir. Le monopole qui existe maintenant devrait disparaître.

[Text]

The second reason is that when you look at costs, I do not think any of us have to hide our head in the ground to know what the problem is. We will take the Conservative government at this time. I am sure we have Conservative members. I am sure the chairman is a Conservative. All of a sudden you people have realized that you wanted to have a separate tax, the GST, probably in order to meet your commitments. You are going outside the realm, outside of what is in place at this time, to find alternatives.

As an example, when we look at the abuse of prescription drugs, all we are doing right now is pouring money into the system. People are trying to find ways and means to raise more money but not really to find out what the illness or the cause is. This matter has developed over the years, and it seems to be getting worse.

• 0930

As an example, it is as if all of us here were drinking water: we are all part of this great city and everybody is getting contaminated and we are all sick. Then the council gets together and they decide that what they are going to do is not really to do something about the water but to build more hospitals. Believe it or not, this is what we are doing with the system.

Just one more thing. When we look at prescription of drugs, reports that have been prepared by the federal government—not just any other body, but by the federal government—and the medical people themselves indicate that over 200,000 cases of illness every year are among people over the age of 65 because of reactions to drugs that are often not needed. Studies and surveys estimate that. It goes on to say that 4,000 elderly Canadians die each year as a result of drug side-effects, according to medical and federal government estimates. Further on, they indicate that 15% of 800,000 annual hospital admissions of people over the age of 65 are related to suspected drug side-effects.

These are the two concerns we have. We are concerned that a lot of money is going into this with no control whatsoever. As I have said, the monopoly has gone to the medical profession, the conventional medicine, and those people occupy all the key spots where decisions are being made—not only in their own offices, but at government level and all over the place. We feel that something has to be done if we are really going to resolve the problem.

Mr. Horning (Okanagan Centre): Where is your headquarters? Where do you work from? Do you have a head office, and where is it?

Mr. Dugas: We have a head office in Ottawa at 415-B McArthur.

Mr. Horning: I ask that because I had the opportunity last week of going to a press conference held by a Dr. Diehl. Are you familiar with his name?

Mr. Dugas: I have heard of it.

[Translation]

La deuxième raison, c'est que, lorsqu'on examine les coûts, le problème est bien évident pour tout le monde. Prenons l'exemple du gouvernement conservateur. Je suis certain qu'il y a des députés conservateurs au comité. Je suis certain que le président est conservateur. Tout à coup, vous vous êtes rendu compte que vous vouliez un autre genre d'impôt, la TPS, sans doute pour pouvoir respecter vos engagements. Vous allez donc plus loin que ce qui se fait maintenant pour trouver autre chose.

Si l'on songe par exemple à la façon dont on abuse maintenant des médicaments d'ordonnance, on constate que tout ce que nous faisons maintenant, c'est de consacrer de plus en plus d'argent au système. Les gens essaient de trouver toutes sortes de moyens pour obtenir davantage d'argent, mais pas vraiment pour essayer de trouver quelle est la maladie ou la cause de la maladie. Voilà ce qui est arrivé avec les années, et cela semble empirer.

Par exemple, c'est comme si toute la population d'une ville était malade parce que l'eau qu'elle boit était contaminée. Le conseil se réunie et décide non pas de faire quelque chose pour corriger le problème de l'eau contaminée, mais plutôt de construire d'autres hôpitaux. Croyez-le ou non, c'est ainsi que le système fonctionne à l'heure actuelle.

Je vais vous donner juste un autre exemple, les médicaments d'ordonnance. Les rapports préparés par le gouvernement fédéral—non pas n'importe quel organisme, mais bien le gouvernement fédéral—et les professionnels de la santé indiquent que plus de 200,000 cas de maladies chaque année concernent des gens de plus de 65 ans, chez lesquels des médicaments qui ne sont souvent pas nécessaires provoquent des réactions. C'est ce que révèlent des études et des sondages. Selon les estimations du gouvernement fédéral et de la profession médicale, 4,000 personnes âgées meurent chaque année des effets secondaires des médicaments. En outre, 15 p. 100 des 800,000 personnes âgées de plus de 65 ans qui sont admises dans les hôpitaux chaque année le seraient en raison des effets secondaires de médicaments.

Ce sont les deux choses qui nous préoccupent. Beaucoup d'argent est investi dans le système, et il n'existe aucun contrôle. Comme je l'ai dit, le monopole appartient à la profession médicale, à la médecine conventionnelle et à ceux qui occupent tous les postes-clés où les décisions sont prises—non seulement dans leurs propres bureaux, mais au sein du gouvernement et ailleurs. Nous sommes d'avis qu'il faut faire quelque chose si nous voulons vraiment résoudre le problème.

M. Horning (Okanagan-Centre): Où se trouve votre bureau principal? Où êtes-vous basé? Avez-vous un bureau central, et où est-il?

M. Dugas: Nous avons un bureau central à Ottawa au 415-B McArthur.

M. Horning: Je vous pose la question, car la semaine dernière j'ai eu l'occasion d'assister à une conférence de presse du Dr. Diehl. Connaissez-vous ce nom?

M. Dugas: Je l'ai déjà entendu.

[Texte]

Mr. Horning: My riding of Okanagan Centre is in British Columbia. Dr. Diehl came there six months or a year ago with a preventive program for medicine, and his is basically diet and exercise and that sort of thing, to get the cholesterol and high blood pressure down, and things of this nature. About 1,200 people went to his lectures and what have you in my riding. I can tell you that the results so far are astonishing. One older fellow says he was ready for the grave, and he had the situation to prove that the preventive medicine works. He ended up riding from British Columbia all the way to Ottawa a week ago on his bicycle. There is an elderly woman in her eighties who does all the marathons throughout the United States, that sort of thing.

He is trying to show that there is a lot to say about preventive medicine. He is in Ottawa right now doing lectures for the next couple of weeks, and he is taking 500 people to do an experiment. I was wondering if you had had the opportunity to know what he is doing. In this experiment he is taking 500 people here in Ottawa and putting them through the program and then coming up with the results a year from now and what it has done.

So I asked if you were a bit familiar. But maybe you should talk to him, or maybe I should have him get hold of you, because I think it is worthwhile. He may have a different concept of preventive medicine, but you are both looking at the same idea, to get off drugs and that sort of thing, where possible, and go into proper diets and exercise, etc.

I just bring that up, and if there is any way I can get some stuff to you then I would be glad to do it. That is why I asked where your headquarters are. Maybe we can get together some time later today and I could put you in contact with those people.

Mr. Dugas: I would appreciate it very much.

• 0935

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): In the brief on page 4 you indicated about wanting to strip the medical profession of its current monopoly powers and have those powers transferred to a public health services commission. As I was late in arriving, I am assuming you had articulated this before the committee. Do you see hospital boards across the country composed mainly of laymen, neighbourhood health centres where board members by and large are laymen, not medical doctors? I agree that licensing bodies for the practice of medicine and for the practice of nursing are likely headed to a great extent by people in those disciplines. And medical schools, equally under the jurisdiction of a board of governors and Senate, with representation from laymen people. . . How much more in terms of public input into the system of medical practice do you want that is not being met by this type of representation from the people at large?

Mr. Dugas: Let us look at the province of Ontario. I referred a few minutes earlier to the health professions legislation review committee report tabled by the Liberals last year. It was tabled at that time by Elinor Caplan. If you want

[Traduction]

M. Horning: Ma circonscription, Okanagan-Centre, se trouve en Colombie-Britannique. Le Dr Diehl y est venu il y a six mois ou un an présenter un programme de médecine préventive. Le programme qu'il préconise est fondé sur un régime et des exercices destinés à abaisser le taux de cholestérol et la tension artérielle. Environ 1,200 personnes dans ma circonscription ont assisté à ses conférences. Je vous assure que les résultats, jusqu'à présent, sont étonnants. Un homme âgé qui, d'après ses propres dires, n'en avait plus pour longtemps, a démontré que la médecine préventive pouvait fonctionner. Il y a une semaine, il s'est rendu de la Colombie-Britannique jusqu'à Ottawa à bicyclette. Il y a également une femme de plus de 80 ans qui participe à tous les marathons aux États-Unis.

Ce médecin tente donc de démontrer tous les avantages de la médecine préventive. Il est actuellement à Ottawa, où il donnera des conférences au cours des prochaines semaines. Il fait une expérience avec 500 personnes. Je me demandais si vous étiez au courant de cette expérience qu'il fait ici à Ottawa. Il fait suivre son programme à 500 personnes, et dans un an il en révélera les résultats.

Je vous ai demandé si vous le connaissiez un peu. Mais vous devriez peut-être lui parler, ou peut-être devrais-je lui demander de communiquer avec vous, car je pense que cela en vaudrait la peine. Il a peut-être un concept différent de la médecine préventive, mais vous partagez tous les deux le même but, c'est-à-dire abandonner le plus possible les médicaments en faveur d'un régime et d'exercices appropriés, etc.

Je vous le mentionne tout simplement, et je serais heureux de vous faire parvenir de la documentation. C'est pourquoi je vous ai demandé où se trouvait votre bureau principal. Je serai prêt à vous rencontrer plus tard au dans la journée afin de vous mettre en rapport avec ces gens.

M. Dugas: Je vous en saurais gré.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): À la page 5 de votre mémoire, vous dites que vous voulez enlever au corps médical ses pouvoirs monopolistiques pour les confier à une commission des services de santé publique. Comme je suis arrivé en retard, je ne sais pas si vous avez déjà expliqué au comité en quoi consisterait cette commission exactement. Voulez-vous que les conseils d'administration des hôpitaux et des centres de santé communautaires au Canada soient composés surtout de gens n'appartenant pas à la profession plutôt que de médecins? J'admets que les organismes qui délivrent des licences pour la pratique de la médecine et des soins infirmiers sont probablement dirigés dans une large mesure par des gens qui travaillent dans ces disciplines. Les écoles médicales, qui relèvent elles aussi de la compétence d'un conseil d'établissement et d'un Sénat, dont certains membres sont étrangers à la profession. . . La population en général est déjà représentée. Que voulez-vous de plus comme participation de la population au système médical?

M. Dugas: Prenons par exemple la province de l'Ontario. Il y a quelques instants, j'ai parlé du rapport du comité d'examen des lois concernant les professionnels de la santé, rapport qui a été déposé par les libéraux l'an dernier.

[Text]

to look it up under section 301 of that report, what the government. . . And this whole report was tabled. Except for one clause in there, it was a risk of harm. I say this because the total report was tabled. Under this particular section they are talking about a health promotion regulatory advisory council to the minister that shall be composed of not few than five and no more than seven persons appointed by the Lieutenant Governor, and so on.

It goes on to say:

No person who is employed in the Public Service of Ontario, or of any agency of the Crown in Ontario, or who sits or has sat on the council of a college, or who is or has been registered as a member of a health profession under this act can actually sit on this council.

So when you say how much more can be done, the Province of Ontario in this recommendation is recommending that this advisory council not be 20% and have the control in the medical profession, but have 100% of the members sit as lay people who are not tied to any colleges, are not practitioners, and are not government services employees. This is really a precedent, as far as we are concerned. There is a province moving in that direction at the present time. We are not shooting for a pie in the sky. You can look it up. As I say, it is section 301 of that particular report.

Mr. Pagtakhan: I support the concept. Do you think the current system of those institutions I had alluded to are not good enough? Is that your suggestion?

Mr. Dugas: The present system?

Mr. Pagtakhan: Those institutions I alluded to—hospital boards, neighbourhood centres, university medical schools—would we see more improvement in that? Do you have any specific proposal?

Mr. Dugas: In our report we recommend that these advisory councils be set up at the federal level and also at the provincial level. But over and above that, how far down the line? There are things we have not really gotten into it. We are just looking at the total national spectrum of the whole thing. This is what we have done in compiling our report and in looking at the precedents being created in provinces such as Ontario.

As a very interested layperson, I feel that whenever there is vested interest—and for Members of Parliament they know what we mean—you have to have people who have no interest whatsoever and are just concerned about the functioning of the system, its financing, its funding and so on.

• 0940

One of the things we have to realize is that our medicare system is great. I do not think anybody is criticizing our crisis health care system. It is probably the best in the world. But when it comes to prevention, we are far from being the best.

[Translation]

Il a été déposé par Elinore Caplan. À l'article 301 de ce rapport, ce que le gouvernement. . . Et tout ce rapport a été déposé. À l'exception d'un article, il y avait risque de préjudice. Je dis cela car le rapport entier a été déposé. À l'article 301, il est question d'un conseil consultatif de réglementation de la promotion de la santé qui ferait rapport au ministre et qui serait composé d'au moins cinq et d'au plus sept personnes nommées par le lieutenant-gouverneur.

Cet article stipule en outre:

Aucun employé de la fonction publique ontarienne ou de tout autre organisme de la Couronne en Ontario, ou toute personne qui siège ou qui a siégé au conseil d'un collège, ou qui est inscrit ou a été inscrit comme membre d'une profession médicale aux termes de cette loi ne peut être membre de ce conseil.

Alors lorsque vous me demandez ce que l'on peut faire de plus, je vous dirais que l'Ontario, dans ce rapport, recommande non pas que 20 p. 100, mais bien 100 p. 100 des membres de ce conseil soient des personnes qui n'ont aucun lien avec quelque collège que ce soit, qui ne sont pas des professionnels de la santé et qui ne sont pas des employés de services du gouvernement. Il s'agit vraiment d'un précédent, en ce qui nous concerne. Il y a une province qui se dirige dans ce sens, à l'heure actuelle. Nous ne demandons pas l'impossible. Vous pouvez vérifier. Comme je l'ai dit, il s'agit de l'article 301 de ce rapport.

M. Pagtakhan: J'appuie le concept. Croyez-vous que le système actuel des établissements dont j'ai parlé n'est pas assez bon? Est-ce que vous voulez dire?

M. Dugas: Le système actuel?

M. Pagtakhan: Les établissements dont j'ai parlé: les conseil d'administration des hôpitaux, les centres de santé communautaires, les écoles médicales des universités. Avez-vous quelque chose à proposer pour les améliorer?

M. Dugas: Dans notre rapport, nous recommandons que ces conseils consultatifs soient mis sur pied à l'échelle fédérale ainsi qu'à l'échelle provinciale. Mais jusqu'où doit-on aller? Nous ne nous sommes pas vraiment penchés sur la question. Nous ne faisons qu'examiner la situation à l'échelle nationale. C'est ce que nous avons fait lorsque nous avons préparé notre rapport et examiné les précédents qui sont établis dans des provinces comme l'Ontario.

En tant que non professionnel de la santé très intéressé—j'estime que lorsqu'il y a un intérêt direct—et les députés savent exactement ce dont je veux parler—on doit avoir des gens qui n'ont aucun intérêt personnel et qui ne se préoccupent que du fonctionnement du système, de son financement, etc.

Nous devons nous rendre compte que nous avons un excellent système d'assurance-maladie. Je ne pense pas que quiconque critique le système médical pour ce qui est des soins d'urgence. Nous avons sans doute l'un des meilleurs

[Texte]

Unfortunately, with medicare. . . I say unfortunately because we need it to cover all people of the spectrum. In essence, we feel medicare should be in place. But by creating medicare what we have done is to put in a whole pile of money.

I am not being critical. It is just that the vested interest comes in. People can go and shovel the money in there without restriction whatsoever and no advisory group of lay people or government officials are involved to ensure that the money is being spent prudently and in the right areas.

Mr. Halliday: We have certainly had a most interesting and provocative and challenging presentation. I have enjoyed it immensely. I am a bit like Dr. Pagtakhan, I have great sympathy for the cause of prevention. In fact, I have to remind people occasionally that as far back as 1945, when I was a student, there was a Department of Hygiene and Preventive Medicine. So the concept is not new. You are advancing a concept that is quite old and it is not new to people in the medical profession or to those who teach.

I have some difficulties with. . . I was glad to hear you say at the end, a moment ago, that you support the crisis system and the curative system we have. I was tempted to ask you whether you people or any of your membership have ever had coronary bypasses or ever had hip transplants, that sort of thing, because that is only achieved by putting a lot of money into that kind of medicine, high-technology medicine. What I am saying is I hope I am not hearing you say that we are to take money out of that for the sake of the prevention you are referring to. I would have nothing against adding to the system in the way you are suggesting.

You say also we have the best health care system in the world. I have heard that many, many times.

Mr. Dugas: In crisis.

Mr. Halliday: In crisis care, yes. At this moment in time, in this year, senior health people from the U.S.S.R. have been negotiating with Canadian physicians to establish our teaching programs in the U.S.S.R. The same thing is true in Beijing, China, in some of these countries that you have mentioned as allegedly being way ahead of us in preventive medicine and yet they are coming to us now and asking us for help in establishing the kind of medicine that we call western medicine, or they call western medicine, over in China and Beijing. They want us to teach them how family physicians work here. Could you comment on that? I know that the two are not necessarily incompatible, but it surprises me that if their preventive system is that great, why are they coming to us and asking us to establish our family practice type of medicine that we have here, in Beijing and in China all over?

[Traduction]

systèmes au monde. Mais en ce qui concerne la prévention, nous sommes loin d'être les meilleurs. Malheureusement, avec l'assurance-santé. . . Je dis malheureusement, car nous en avons besoin pour protéger tous les gens. Essentiellement, nous estimons qu'un système d'assurance-maladie a sa place. Mais en créant un système d'assurance-maladie, nous y avons injecté énormément d'argent.

Je ne veux pas critiquer. Mais il y a des gens directement intéressés. Ces gens peuvent y injecter autant d'argent qu'ils le souhaitent, sans restriction, et aucun groupe consultatif composé de non-professionnels ou de représentants du gouvernement n'est là pour s'assurer que cet argent est dépensé prudemment et là où il se doit.

M. Halliday: Nous avons certainement eu droit à un exposé des plus intéressants, des plus stimulants et qui donne à réfléchir. J'ai eu un immense plaisir à vous écouter. Je suis un peu comme M. Pagtakhan, je suis très en faveur de la prévention. En fait, je dois à l'occasion rappeler aux gens qu'en 1945, lorsque j'étais étudiant, il y avait un ministère de l'hygiène et de la médecine préventive. Le concept n'est donc pas nouveau. Vous proposez un concept qui est assez ancien et qui n'est pas nouveau pour le corps médical ou ceux qui enseignent dans ce domaine.

Certaines choses me posent des problèmes. . . J'étais heureux de vous entendre dire à la fin, il y a un moment, que vous appuyiez le système d'urgence et le système de soins que nous avons. J'étais tenté de vous demander si vous ou l'un de vos membres avez déjà eu un pontage ou une transplantation cardiaque, ou toute autre intervention de ce genre, car cela n'est possible qu'en injectant beaucoup d'argent dans ce type de médecine, la médecine de haute technologie. J'espère que vous ne voulez pas dire que nous devons prendre une partie de l'argent consacré à cette médecine de haute technologie pour l'affecter à la prévention dont vous parlez. Je n'ai cependant aucune objection à ce que l'on ajoute au système comme vous le proposez.

Vous dites également que nous avons le meilleur système de soins de la santé au monde. C'est quelque chose que j'ai entendu à maintes reprises.

M. Dugas: Je veux parler des soins d'urgence.

M. Halliday: Oui, les soins d'urgence. En ce moment, cette année, des professionnels de la santé de l'Union soviétique sont en train de négocier avec des médecins canadiens afin d'implanter nos programmes d'enseignement en Union soviétique. C'est le cas également à Beijing, en Chine, dans certains de ces pays que vous avez mentionnés comme étant bien en avance sur nous pour ce qui est de la médecine préventive. Pourtant, il viennent nous voir pour nous demander de les aider à mettre sur pied dans toute la Chine et à Beijing le genre de médecine que nous appelons médecine occidentale, ou plutôt qu'ils appellent médecine occidentale. Ils veulent que nous leur enseignons comment les médecins de famille travaillent ici. Que pensez-vous de cela? Je sais que les deux ne sont pas nécessairement incompatibles, mais si leur système préventif est si extraordinaire, pourquoi viennent-ils nous demander de mettre sur pied, à Beijing et dans toute la Chine, le type de médecine familiale que nous avons ici au Canada?

[Text]

Mr. Dugas: This is the easiest way I can explain it. I am a firm believer in prevention. I never take any drugs, never have used the hospital system, touch wood. I know this could happen, I could get hit by a car crossing the street. When I get hit by a car crossing the street I am going to be pretty pleased that we have the system in place that we have in Canada. The places you refer to, Beijing and what have you, this is the kind of interest they have. In essence, when it comes to crisis medicine they are not up to par with what Canada has.

On the other hand, when you talk about prevention, we know for a fact that our members at times have had to go to the hospital, have had surgery and so on. We are all well aware of that. Unfortunately, I think when we are talking about the system and you are trying to have constructive criticism about it, many times it sounds as if you are against, which is not a fact. Far from it.

Another area our association has been involved in is a case before the ombudsman that has been before the ombudsman for three years. I say this because you talk about heart surgery. I do not know if you are aware of it, but there is a system in place called chelation therapy. The Canadian Medical Association came out two years ago and indicated that chelation therapy was dangerous because it affected the liver. They are the experts, as far as I am concerned. This is why our consumer group has this case before the ombudsman at this time. Chelation therapy is actually a substitute for heart surgery. It is an intravenous kind of treatment with amino acids and some drugs. I am sure Ken Basham could expound on it. It has been successful in many cases that we are aware of for people who could not receive open heart surgery because their chances of survival were 5%.

• 0945

We tackled this particular problem. I say this just to show you the frustration of consumers such as myself. Many of our people needed this treatment, and it was banned in the province of Ontario because of the danger to the liver. But if a person is dying and only has six months to live, he could not care less about his liver. He wants a chance to survive. People have been told by the medical profession that it is just too bad; it has been banned. They feel it is dangerous, and it has to be open heart surgery.

We have people travelling to the United States now to take the treatment. It is acceptable in Vancouver. It has not been banned, and people are going to B.C. to get the treatment.

We have that situation before the ombudsman, and they have been sitting on it for the past three years. I say this because it is a frustration to all of us. When there is an alternative, let me decide. Do not have the medical

[Translation]

M. Dugas: La façon la plus facile de vous l'expliquer est la suivante. Je crois fermement en une médecine préventive. Je ne prends jamais de médicaments, je n'ai jamais utilisé les hôpitaux, et je touche du bois. Je sais que cela pourrait arriver, je pourrais me faire frapper par une voiture en traversant la rue. Lorsque cela arrivera, je serai très heureux que nous ayons en place le système que nous avons au Canada. Les endroits dont vous avez parlé, Beijing et d'autres, s'intéressent à notre système pour cette raison. Dans le domaine de la médecine d'urgence, ils ne sont pas aussi avancés que nous le sommes au Canada.

D'un autre côté, lorsque vous parlez de prévention, nous savons que nos membres ont à l'occasion dû se rendre dans un hôpital, pour subir une intervention chirurgicale, etc. Nous savons tous cela. Malheureusement, lorsque nous parlons du système et que nous voulons faire une certaine critique constructive, on a souvent l'impression que nous sommes contre ce système, ce qui n'est pas vrai. Loin de là.

Notre association s'intéresse également à un dossier qui a été porté devant l'ombudsman il y a trois ans et qui n'est toujours pas réglé. Je vous le mentionne parce que vous avez parlé de la chirurgie du coeur. Je ne sais pas si vous êtes au courant, mais il existe un traitement par chélation. L'Association médicale canadienne s'est prononcée contre cette forme de traitement il y a deux ans, sous prétexte qu'elle était dangereuse à cause de son effet sur le foie. Les médecins sont, bien sûr, les spécialistes en la matière. C'est pourquoi notre groupe de consommateurs a soumis la question à l'ombudsman. Le traitement par chélation est en fait destiné à remplacer la chirurgie du coeur. Il s'agit d'un traitement intraveineux à l'aide d'acides aminés et de médicaments. Je suis sûr que Ken Basham pourrait vous en dire davantage. Le traitement a bien souvent été utilisé avec succès chez des gens qui ne pouvaient pas subir une intervention à coeur ouvert parce que la possibilité qu'ils survivent à une telle intervention n'était que de 5 p. 100.

Nous nous sommes attelés à ce problème particulier. Je vous le signale pour que vous vous rendiez compte du sentiment de frustration qu'éprouvent des consommateurs comme moi-même. Bon nombre de nos gens avaient besoin de ce traitement, mais il avait été interdit en Ontario à cause du danger qu'il représentait pour le foie. Mais quand une personne est mourante et qu'il ne lui reste plus que six mois, elle ne se soucie guère de son foie. Elle veut avoir la chance de survivre. Les médecins se contentent de dire à ces gens que c'est dommage, mais que le traitement est interdit. Ils considèrent que ce traitement est dangereux et que la seule solution est donc une intervention à coeur ouvert.

Il y a actuellement des gens qui se rendent aux États-Unis pour subir ce traitement. Le traitement n'est pas interdit à Vancouver, et il y a aussi des gens qui se rendent en Colombie-Britannique pour l'obtenir.

La question a été soumise à l'ombudsman il y a maintenant trois ans, et aucune décision n'a encore été rendue. Je le signale pour bien vous montrer le sentiment de frustration que nous en éprouvons tous. Quand il existe une

[Texte]

profession tell me they cannot operate on me because the chances of survival are 5% and it is just too bad. It is not right. We do not feel a system should be applying this kind of ethic when a person wants to live and take their chances.

Mr. Halliday: Chairman, I agree with our witness to a large extent, in the sense of being able to use something that may be deemed by some to have no value or even dangerous, as you say. If it is life or death, you should have that opportunity. I have no difficulty with that argument either.

I was a little surprised to hear you say that it is difficult to get information about drugs, their indications, contra-indications and their component parts and so on. I thought most of that was available now through pharmacists if you ask for it. Is that not true? I may be wrong, but that is my impression.

Mr. Basham: It is true that it is available. If you go into bookstores, you will see books for the public, but not every member of the public is going to look at that.

We heard of a case a few years ago of a pharmacist in this city who, before he gave the patient the prescription, asked if the person's doctor had explained the contra-indications and the side-effects. They would say no, not really, and he would explain it to them. The consequence was that this fellow got into hot water. There were protests from the medical practitioners that this guy was doing their job, for which they actually charge a dispensing fee. It was supposed to cover that. The difficulty was that many of the patients then refused to take the drugs. If the MD had done his job properly in the first place, he would have been able to present the truth about the drug, for and against, and allow the patient to make a decision. I do not think in actual practice this is what takes place in the consulting room all the time.

Mr. Halliday: I suspect you are right. It does not take place all the time, but I think there are some doctors more dedicated to doing what you say should be done than others. There is a big increase now in the attempts doctors are making to inform their patients about the very things you are talking about. I support your cause, but I acknowledge the fact that there are always going to be a certain number of renegades in any profession who are slow to change.

Mr. Basham: This is why we would like it kind of built into the system, especially in hospitals where there are going to be major surgeries and so on. Let us know if it is 50-50 or 75-25.

[Traduction]

solution de rechange, qu'on me laisse décider par moi-même. Que les médecins ne viennent pas me dire qu'ils ne peuvent pas opérer parce que les chances que je m'en tire sont de 5 p. 100 et que c'est tout simplement dommage pour moi. Cela est-il acceptable. À notre avis, on ne doit pas par déontologie prendre ce genre de décision quand le patient veut vivre et qu'il est prêt à prendre des risques.

M. Halliday: Monsieur le président, je suis d'accord avec notre témoin dans une large mesure, en ce sens qu'on devrait pouvoir recourir à un traitement que certains jugent sans valeur aucune ou même dangereux, comme vous dites. S'il s'agit de vie ou de mort, on devrait avoir cette possibilité de choisir. Je n'ai rien à redire là-dessus.

J'ai été quelque peu surpris de vous entendre dire qu'il est difficile d'obtenir de l'information au sujet des médicaments, de leurs effets, contre-indications, composés chimiques, etc. Je croyais qu'il suffisait maintenant de s'adresser au pharmacien pour obtenir la plupart de ces renseignements, n'est-ce pas? Je me trompe peut-être, mais c'est l'impression que j'avais.

M. Basham: Les renseignements sont effectivement disponibles. Les librairies ont des livres sur le sujet qui sont destinés au grand public, mais ce n'est pas tout le monde qui va prendre la peine de se renseigner comme cela.

On a entendu parler il y a quelques années d'un pharmacien d'ici qui, avant de remettre aux patients leur ordonnance, leur demandait si le médecin leur avait expliqué les contre-indications et les effets secondaires du médicament. Les patients disaient que non, pas vraiment, et il se mettait alors à leur expliquer les effets du médicament. Le pharmacien s'est retrouvé dans une mauvaise situation. Les médecins ont protesté que ce pharmacien se substituait à eux, mais les frais qu'exige le pharmacien pour remplir une ordonnance sont censés justement couvrir ce genre d'explications données au patient. Le problème venait de ce que beaucoup des patients refusaient alors de prendre les médicaments prescrits. Si le médecin avait bien fait son travail au départ, il aurait présenté au patient les avantages et les inconvénients du médicament pour lui permettre de prendre la décision. En fait, ce n'est pas toujours ainsi que les choses se passent dans un cabinet de consultation.

M. Halliday: Vous avez sans doute raison. Ce n'est pas toujours ainsi que les choses se passent, mais je pense que certains médecins tiennent davantage à bien faire leur travail que d'autres. De nos jours, les médecins font bien plus d'efforts pour informer leurs patients de ces choses dont vous parlez. J'appuie votre démarche, mais je suis conscient aussi du fait qu'il y aura toujours un certain nombre de renégats dans quelque profession que ce soit, qui prennent beaucoup de temps à changer d'attitude.

M. Basham: C'est pourquoi nous voudrions que l'information du patient devienne un principe de base, surtout dans les hôpitaux lorsque le patient doit subir une intervention majeure. Qu'on lui dise si ses chances sont 50-50 ou 75-25.

[Text]

Mr. Halliday: You mentioned that 4,000 elderly people over the age of 60 or 65 died from the use of drugs. I understand what you are saying. I know it happens. To be a little bit scientific, you should give us the figures on the other side. How many lives in that same age group were saved because they took some antibiotic or cardiac drug, or had some surgery done?

• 0950

I realize again there is an abuse of drugs. Sometimes the abuse is patient abuse. I am a physician who practised for many years, and, boy, when I first started in my practice in a rural part of Ontario I could not expect to be paid anything unless I gave patients drugs. When they left the office they asked, well doctor, how much are the drugs today—how much are the pills? That is what they wanted to pay for, and if I did not give them something they thought they were not being treated.

There are two sides to the story. I am not arguing that 4,000 may have died, but what is the other side of the story?

Mr. Dugas: Sure, there is another side. I think you have to realize, as I indicated before, that we are a consumer organization. We do not have the facilities that you people have, with research people and what have you. We do a lot of work, a lot of studying, a lot of getting reports and analysing them. We have competent people, mind you, but nobody in our organization is being paid. It is strictly people dedicated to the cause.

When you talk about drugs, that particular aspect, you are quite right in what you say. There are lives being saved. There is no doubt about that. But do you not think, when we are looking at the funding of our health care system and knowing what drugs cost to the provinces and the federal government, that there should be at least a commission? If you people are really serious, looking at where the problems lie with our system, I think everybody realizes that something has to be done. We cannot continue along the way we are doing it now because we are just going to go broke. I think we all realize this by the figures we quoted today—when it started and where we are at today. So why can we not have some type of commission to study this whole aspect of drugs, which seem to have gotten out of hand?

My son has gone to university and he has a chum and this person does not know anything about drugs. He has never taken any schooling in it, but he is a top salesman for one of the drug companies. Take a look at those salesmen.

[Translation]

M. Halliday: Vous avez dit que 4,000 personnes âgées de plus de 60 ou 65 ans sont mortes des suites de la consommation de médicaments. Je comprends ce que vous dites. Je sais que cela se produit. Mais, pour donner un peu plus de rigueur scientifique à votre argument, vous devriez aussi nous présenter l'autre côté de la médaille. Combien de personnes de ce même groupe d'âge ont été sauvées parce qu'elles ont pris un antibiotique ou un médicament pour le coeur ou encore parce qu'elles ont été opérées?

Je sais bien, je le répète, qu'on abuse des médicaments. Parfois, c'est le patient qui en abuse. En tant que médecin qui a pratiqué pendant de nombreuses années, je peux vous dire que, quand j'ai commencé à exercer ma profession dans une région rurale de l'Ontario, je ne pouvais guère m'attendre à être payé si je ne prescrivais pas des médicaments à mes patients. Au moment de quitter mon cabinet, ils me disaient: «Eh bien, docteur, c'est combien pour les médicaments aujourd'hui—c'est combien pour les pilules que vous allez me donner?» C'est pour cela qu'ils étaient venus, et si je ne leur avait pas donné quelque chose, ils auraient eu l'impression de ne pas avoir été traités.

Deux points de vue. Je ne nie pas que 4,000 personnes sont peut-être mortes, mais quel était l'autre aspect de cette question?

M. Dugas: Bien sûr, il y a l'autre point de vue. Je crois que vous devez comprendre, comme je l'ai déjà dit, que nous sommes un organisme de défense des consommateurs. Nous n'avons pas les ressources dont vous disposez, avec votre personnel de recherche et tout le reste. Nous faisons beaucoup de travail, nous examinons à fond les dossiers, nous obtenons des rapports afin de les étudier à fond. Nous pouvons compter sur des gens compétents, là n'est pas la question, mais personne chez nous n'est rémunéré. Les gens travaillent strictement pas dévouement à la cause.

Quand vous parlez de cet aspect-là des médicaments, vous avez tout à fait raison de dire ce que vous dites. Ils permettent de sauver des vies. Cela ne fait aucun doute. Mais ne pensez-vous pas que, lorsque vient le temps d'examiner le financement de notre régime de services de santé, compte tenu de ce que les médicaments coûtent aux provinces et au gouvernement fédéral, le moins qu'on puisse faire serait de créer une commission? Si vous êtes vraiment sérieux, si vous tenez vraiment à découvrir les problèmes qui se posent dans le régime actuel, je crois que tout le monde se rend compte qu'il faut faire quelque chose. Nous ne pouvons tout simplement pas continuer à agir comme nous le faisons à l'heure actuelle, car c'est la faillite qui nous guette. Cela devrait être évident d'après les chiffres que nous avons donnés aujourd'hui, pour montrer où nous en étions au début et où nous en sommes à l'heure actuelle. Alors, pourquoi ne pourrait-on pas créer un genre de commission qui serait chargée d'étudier toute cette question des médicaments, qui semble être devenu incontrôlable?

Mon fils a fait des études universitaires, et il a un copain qui ne connaît rien aux médicaments, qui n'a jamais fait d'études dans ce domaine. Pourtant, ce type est un des meilleurs vendeurs d'une société pharmaceutique. Il n'y a

[Texte]

This is the thing we feel people should be looking at and finding out what is happening. You have salesmen, and we have figures here that say there is an average figure for those salesmen going into every physician's office of something over 200 times a year, 200 different occasions to try to peddle their drugs.

We have a lot of confidence and faith in our medical doctors, but we also know that many of them are just taking the information from the salesmen, once a drug has been approved, mind you, by the Health Protection Branch. We are all aware of that. But all of it is being done by high-pressure salesmen trying to peddle their goods. It is unfortunate, but this is what the system is at the present time.

So why not have as an example a commission to really look into this? We all know you get gifts. We see the reports come out where medical students finish their schooling and the first thing they get is some drug company giving them a bunch of gifts, a serviette, and this and that. Is that not high-powered selling? You know this is actually billed into the system at this.

Mrs. Clancy (Halifax): I apologize to you, Mr. Chairman, and to our witnesses, but the fog in Nova Scotia kept the plane late this morning. I am lucky I got here at all. Because I was late I missed most of the presentation, but I just have a couple of questions.

Let me say first that I know absolutely nothing about the therapy you were talking about with regard to cardiac problems that might or might not cause liver problems later on. I guess my comment with regard to the Health Protection Branch and its predecessors in the medical profession in Canada is that our reputation, if you will forgive the word, is somewhat conservative in this area. I am thinking of two particular instances where this has probably been to the good.

I am thinking of the situation with DES daughters, with the post-war women taking that particular drug to prevent miscarriages and then later the disastrous findings, particularly for the children. Again there was the question of the thalidomide children. It was a much smaller percentage in this country than in certain other countries because of that very type of caution.

I will declare my prejudices, in that I come from a family with a lot of doctors who definitely support this more cautious attitude. So this is my background. But are you saying that in general there are many instances of institutionalized medicine, if you will, preventing alternative care that could be to the benefit of patients?

Mr. Dugas: Chelation therapy, as I—

Mrs. Clancy: All right, that is one, and that may be a major one.

Mr. Dugas: This is one area. In the province of Ontario, as an example, the naturopaths. I do not know if you are well aware of the history in Ontario.

[Traduction]

qu'à voir qui sont ces vendeurs de produits pharmaceutiques. C'est un aspect qu'il faudrait justement examiner à notre avis pour essayer de voir ce qui se passe. D'après les chiffres que nous avons ici, ces vendeurs visitent en moyenne chaque cabinet de médecin au moins 200 fois par an, à la manière de véritables colporteurs.

Nous avons beaucoup de confiance en nos médecins, mais nous savons aussi que beaucoup d'entre eux se fient simplement aux informations données par le vendeur, une fois, bien sûr, que le médicament en question a été approuvé par la Direction générale de la protection de la santé. Nous sommes tous conscients de cela. Or, tous ces vendeurs ont recours à des techniques qui s'apparentent au harcèlement. C'est malheureux, mais c'est ainsi que les choses se passent à l'heure actuelle.

Alors, pourquoi ne pas créer, par exemple, une commission qui serait chargée de faire la lumière sur tout cela? Nous savons tous que vous recevez des cadeaux. Nous entendons parler de ces étudiants en médecine qui n'ont pas sitôt fini leurs études qu'ils reçoivent de quelque société pharmaceutique une foule de cadeaux, une serviette, et ceci et cela. N'y a-t-il pas une pression qui s'exerce de ce fait? Vous savez, le système est ainsi fait que nous payons pour cela.

Mme Clancy (Halifax): Je vous présente mes excuses à vous, monsieur le président, ainsi qu'à nos témoins, mais le brouillard a retardé le départ de mon avion de la Nouvelle-Écosse ce matin. C'est tout juste si nous avons pu décoller. Étant arrivé en retard, j'ai raté la plus grande partie de l'exposé, mais j'ai quelques questions à poser.

Permettez-moi de dire tout d'abord que je ne connais absolument rien de cette thérapie dont vous avez parlé pour le traitement de troubles cardiaques, qui a peut-être des effets nocifs sur le foie. En ce qui concerne la Direction générale de la protection de la santé et ses prédécesseurs au Canada, je vous ferai remarquer que nous avons la réputation d'être assez prudents. Je songe à deux cas particuliers où cette prudence nous a bien servis.

Je songe notamment au cas des filles de ces femmes qui, pendant la période d'après-guerre, ont pris du DES, ce médicament destiné à prévenir les fausses-couches, avec les résultats désastreux que l'on sait, surtout pour les enfants. Il y a aussi le cas des enfants qui ont souffert des effets de la thalidomide. Le pourcentage de ces enfants a été beaucoup moins élevé au Canada que dans certains autres pays à cause justement de cette attitude prudente que nous avons.

Je tiens à vous signaler que j'ai un parti pris à cet égard du fait que, dans ma famille, on compte de nombreux médecins, qui appuient énergiquement cette tendance à la prudence. Voilà donc pour mes antécédents. Mais dites-vous que, de façon générale, la médecine établie, si vous me pardonnez cette expression, interdit bien souvent le recours à des traitements parallèles qui pourraient aider les patients?

M. Dugas: La thérapie par chélation, comme je. . .

Mme Clancy: Oui, d'accord pour celui-là, et c'est peut-être un traitement majeur.

M. Dugas: C'est un exemple parmi d'autres. En Ontario, il y a la question des naturopathes. Je ne sais pas si vous connaissez bien l'histoire de la naturopathie en Ontario.

[Text]

Mrs. Clancy: Not particularly. I am from Nova Scotia.

Mr. Dugas: They have been recognized under the Drugless Therapy Act for a number of years. How many years would you say?

Mr. Basham: About 60 years. Since 1925.

Mr. Dugas: A committee was formed by the Conservative government in Ontario a long while back, and in that particular report they were recommending, on the strength of a recommendation by the Ontario Medical Association, that naturopathy be banned from the province of Ontario.

The next question you are probably going to ask me is how come—why would they want to ban some type of therapy? From where we are sitting, it is as simple as anything. We feel it is because of a certain monopoly. We are not against the medical profession, but live and let live. If I want to go to a naturopath, if I want to be treated by natural means, paying out of my own pocket, then I should be able to do it.

Mrs. Clancy: Sure. I understand that, but is there not also within the medical profession, certainly within the Health Protection Branch of Health and Welfare, a duty to protect people? I went back to the situation of DES and thalidomide. The other one I look at—and if there has been some development then I have not heard of it—is the whole laetrile controversy and the heart-breaking situations where people who, when someone is in a life or death situation, are going to try to find anything that gives hope, let alone treatment.

The situation with laetrile was not approved, and has never been approved as I understand it, in Canada, and people were taking children out of hospitals where they were getting regular treatment and taking them to Mexico. These are the balances I worry about.

We had a tragic situation in Nova Scotia two years ago, where at our very well-renowned, and deservedly so, children's hospital, a child was taken from the hospital for an alternative form of treatment in a cancer situation and the child died.

These are very difficult questions. Dr. Pagtakhan can attest that I will fight with the medical profession on a number of subjects about the medical profession, but I really do find it difficult to believe that the medical profession is so tied up in its monopoly and its question of profit that it is deliberately banning treatments that may be of benefit to people.

Mr. Basham: You had better believe it.

Mr. Dugas: All I can tell you, if you are interested, is we have six volumes at work just on chelation therapy. We are even going to show you programs we have had on *W5*. The president of the Canadian Medical Association was interviewed on chelation therapy—we can show you this on film, it is not a case of forging anything—and he was asked point-blank: do you not think that if you tell a patient that surgery is out of the question...? Your chances of surviving a quadruple bypass, as an example, are about 2%. In essence, it is almost obsolete. And you are going to stop that person from taking chelation therapy? Do you know what the answer was? That it is just too bad, but that is what the system says,

[Translation]

Mme Clancy: Pas vraiment. Je suis de la Nouvelle-Écosse.

M. Dugas: Depuis de nombreuses années, ils sont reconnus en vertu de la Loi sur les médecins ne prescrivant pas de médicaments. Combien d'années cela fait-il à votre avis?

M. Basham: Environ 60 ans. Depuis 1925.

M. Dugas: Le gouvernement conservateur de l'Ontario a créé il y a de cela de nombreuses années un comité qui a publié un rapport, dans lequel il recommandait, en se fondant sur la recommandation faite par l'Association médicale de l'Ontario, d'interdire la naturopathie dans cette province.

Vous me demanderez sans doute pourquoi—pourquoi a-t-on voulu interdire ce type de thérapie? De notre point de vue, la réponse ne fait aucun doute. Nous considérons que cela est dû à l'existence d'un certain monopole. Nous ne sommes pas contre les médecins, mais ils doivent se montrer tolérants. Si je veux consulter un naturopathe, si je veux être traité par des moyens naturels et que je suis prêt à payer de ma poche, eh bien, je devrais être libre de le faire.

Mme Clancy: Bien sûr. Je comprends cela, mais la profession médicale, du moins par l'entremise de ses représentants à la direction générale de la protection de la santé, au ministère de la Santé nationale et du bien-être social, n'a-t-elle pas le devoir de protéger les gens? J'ai donné l'exemple du DES et de la thalidomide. L'autre exemple auquel je songe—et s'il y a eu du nouveau dans ce domaine, je n'en ai pas entendu parler—c'est toute cette controverse au sujet du laetrile et le désespoir de ces gens qui se trouvent entre la vie et la mort et qui sont prêts à tout pour avoir une lueur d'espoir, sans parler de traitements comme tels.

L'usage du laetrile n'ayant pas été approuvé au Canada, et si je comprends bien, il ne l'est toujours pas, on a vu des gens sortir leurs enfants des hôpitaux, où ils étaient traités selon les normes acceptées, pour aller les faire soigner au Mexique. C'est ce genre de situation qui m'inquiète.

En Nouvelle-Écosse, il y a deux ans, nous avons eu un cas semblable à l'hôpital pour enfants, dont la réputation n'est plus à faire; on a fait sortir de l'hôpital un enfant souffrant du cancer pour lui faire subir une forme de traitement parallèle, et l'enfant est mort.

Il s'agit de questions très difficiles. Le docteur Pagtakhan peut vous confirmer que je n'hésite pas à m'en prendre à la profession médicale sur divers sujets, mais j'ai bien du mal à croire qu'elle soit tellement prise par son monopole et par l'appât du gain qu'elle veuille délibérément interdire des traitements qui pourraient aider les gens.

M. Basham: Eh bien, vous feriez mieux de le croire.

M. Dugas: Tout ce que je peux vous dire, si cela vous intéresse, c'est que nous avons six volumes de documentation sur la seule thérapie par chélation. Nous pouvons même vous montrer des documentaires de *W5* auxquels nous avons participé. Le président de l'Association médicale canadienne a été interviewé sur la thérapie par chélation—nous pouvons vous le montrer sur film, nous n'inventons rien—et on lui a carrément demandé: Ne pensez-vous pas que, quand vous dites à un patient qu'il n'est pas question de l'opérer...? Vos chances de survivre à un pontage quadruple, par exemple, sont d'environ 2 p. 100. À toutes fins utiles, elles sont presque inexistantes. Vous allez quand même empêcher cette

[Texte]

that they have decided that chelation is dangerous because it affects the kidneys.

I met with the president of the Canadian Medical Association and I asked one question at the end of the interview. I said do you not think, doctor, that at least when you, a medical practitioner, tell a patient that there is no hope, in essence you are just going die, we cannot operate on you, that person should have the availability of this chelation therapy, which has proved successful to thousands and thousands of people?

• 1000

Now, when you say you cannot believe that medical doctors, because of the monopoly, would stop these treatments from coming into being, one of the things all of us have to realize is all of us are working for a living. But when it comes to the medical profession, with all due respect, the money is there and all a medical doctor has to do is request a patient to come in to try to get him well. But this vested interest is always within him. The money is there, regardless of what patient he sees. I know you do not believe it; you do not actually think what I am saying is true, but it is a fact of—

Mrs. Clancy: I guess I am more idealistic than you are.

Mr. Dugas: Probably. But it is one of the problems—

Mrs. Clancy: I am a maritimer, actually.

Mr. Dugas: Okay. If we continue along this track our medicare system is going to go down the drain. All we are going to do is push more and more money into it, probably to try to find consumers to pay user fees on top of what the government pays. But you are not going to alleviate the problem. The only way, as far as we are concerned, is to give freedom of choice to the individual, and then, within 10 or 25 years, you are going to see quite a change in the system as we know it.

Mr. Basham: This chelation therapy is not an alternative medicine, it is conventional medicine.

Mr. Dugas: It is medical.

Mr. Basham: In this case the restriction on choice is within conventional medicine. This thing in Ontario was brought about by a complaint from a small society of cardiovascular surgeons, who, whatever way you look at it, have a vested interest in it. They made their complaint to the college, the college made a suggestion to the ministry, and the ministry put through the change in the regulations. This is what the thing is all about.

We tried to get documentation. The documentation the college gave the ministry was a page full of references which were supposed to show that chelation therapy was dangerous. We looked up these references, read the documents and analysed them, and there was not anything there to prove that the chelation therapy was bad. The converse was true. Apart from editorials, which were not evidence at all but opinion, everything was in favour of chelation therapy. And

[Traduction]

personne de suivre une thérapie par chélation? Savez-vous ce qu'il a répondu? C'est bien dommage, mais c'est ce que veut le système; on considère que la chélation est trop dangereuse à cause de son effet sur les reins.

J'ai rencontré le président de l'Association médicale canadienne et, à la fin de l'interview, je lui ai posé la question suivante: Ne pensez-vous pas, docteur, que, quand vous, en tant que médecin, dites à un patient qu'il n'y a aucun espoir, qu'il est condamné à mourir, qu'il ne peut pas être opéré, le patient devrait pouvoir avoir accès à cette thérapie par chélation, qui a donné de bons résultats chez des milliers de personnes?

Bon, alors, quand vous dites que vous ne pouvez pas croire que les médecins, à cause de leur monopole, voudraient interdire le recours à ces traitements, il faut bien se rendre compte que nous travaillons tous pour gagner notre vie. Mais dans le cas des médecins, sauf le respect que je leur dois, l'argent est là, et tout ce que le médecin a à faire, c'est de demander au patient de venir le voir pour qu'il essaye, mais il est directement intéressé. L'argent est là, peu importe qui est son patient. Je sais que vous ne le croyez pas; vous ne pensez pas vraiment que ce que je dis est vrai, mais c'est un fait. . .

Mme Clancy: Je suppose que je suis plus idéaliste que vous.

M. Dugas: Sans doute. Mais c'est un des problèmes. . .

Mme Clancy: En fait, je suis des Maritimes.

M. Dugas: Bon, d'accord. Si nous ne changeons pas de trajectoire, notre régime de services de santé est voué à l'échec. Tout ce que nous ferons, ce sera d'y injecter de plus en plus de fonds, sans doute pour essayer d'attirer des consommateurs pour payer des frais d'utilisation qui s'ajoutent aux crédits accordés par l'État. Mais le problème ne disparaîtra pas pour autant. La seule solution, à notre avis, c'est d'accorder à chacun la liberté de choix, puis, dans 10 ou 25 ans, le régime que nous connaissons à l'heure actuelle aura changé du tout au tout.

M. Basham: Cette thérapie par chélation ne relève pas de la médecine parallèle, mais de la médecine classique.

M. Dugas: Il s'agit d'un traitement médical.

M. Basham: Dans ce cas-là, ce sont les règles de la médecine classique qui restreignent la liberté de choix. Le recours à ce traitement a été interdit en Ontario à la suite d'une plainte déposée par un petit groupe de spécialistes de la chirurgie cardio-vasculaire qui, quoi qu'on puisse dire, sont directement intéressés par l'affaire. Ils ont soumis leur plainte au collège, qui a fait une proposition au ministère, et c'est ainsi que le ministère a modifié les règles. Voilà essentiellement ce qui s'est passé.

Nous avons essayé d'obtenir la documentation pertinente. Le collège n'a soumis rien d'autre au ministère qu'une page pleine de références qui était censées montrer les dangers de la thérapie par chélation. Nous avons retrouvé les documents cités, nous les avons lus et étudiés, et nous n'avons rien vu qui puisse prouver que ce traitement est nocif. Nous avons plutôt constaté l'inverse. Mis à part les documents, qui étaient l'expression d'une opinion plutôt qu'une présentation

[Text]

this is the way it went through. So we are not talking about someone from outside, we are talking within the medical profession. This was a fight within the profession itself.

What we are concerned with are alternatives. We talk about preventive medicine where you can only have prevention if you can have a preventive diagnosis, a predictive diagnosis. Now, conventional medicine is not really tuned to that, is not really trained in that. What conventional medicine is good at is finding the pathology and using a treatment to deal with the pathology. We are talking about pre-pathology.

Ms Greene (Don Valley North): I would like to welcome you to the committee and thank you very much for appearing. I certainly think you have views that should definitely be heard by this committee. I think most of us can agree with you on the preventive aspects. There has been a considerable consciousness-raising, both among the population in general and the medical profession, about prevention in terms of diet and exercise and so on.

I am concerned about some of the alternative medical approaches, though. I am wondering if you are advocating approaches such as those followed by Christian Scientists, Jehovah Witnesses, with the herbalists. I am very concerned about that area. I am sure you are familiar with the inquest that occurred into the death of the child who was starved to death this year who was under the care of a herbalist, and as a result did not get treatment, did not get proper diet, and so on.

Some of these alternatives are very valuable. The homoeopathic medicine approach, a lot of people find that very useful. But as well I think some are very dangerous, and I am wondering whether you examine these, what kinds of regulatory processes you would recommend, and whether you too are concerned about quacks in this field as well as quacks in the legitimized medical field.

• 1005

Mr. Dugas: If I were to ask you about the case that was well publicized in Toronto about the herbalist, tell me about another case of an herbalist within the past ten years. Try to think if there has been another case in the last ten years.

Mrs. Clancy: The one in Nova Scotia last year.

Mr. Dugas: Well, we are not aware of it.

Mrs. Clancy: It got a lot of press.

Mr. Dugas: Anyway, the point I am trying to make is you are talking about a case of which we are well aware, and I think the doctor mentioned this, you have competent people regardless of whether they are medical doctors or anything else, and incompetent people. Here we are with one case about alternative medicine, about an herbalist, and it is splashed over the first page and a lot of publicity goes toward it because it is outside the realm of the conventional system as we know it.

[Translation]

des faits, tout ce que nous avons vu montrait les avantages de la thérapie par chélation. Et ce sont ces documents qui ont servi de base à la décision. Les documents ne venaient pas de l'extérieur, mais des membres de la profession médicale. Il s'agit donc d'un différend entre membres de la profession.

Nous voulons des solutions de rechange au régime actuel. Nous parlons d'une médecine préventive, où la prévention passe forcément par un diagnostic préventif ou prévisionnel. Or, la médecine classique n'est pas vraiment tournée vers ce genre de diagnostic, parce que les médecins ne sont pas vraiment formés à cela. La médecine classique est utile pour découvrir la condition pathologique et appliquer le traitement qui convient. Nous nous intéressons plutôt à l'état pré-pathologique.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Je tiens à vous souhaiter la bienvenue parmi nous et à vous remercier de votre présence ici aujourd'hui. Je suis certainement d'avis que vos vues méritent d'être entendues par le Comité. Je pense que la plupart d'entre nous sont d'accord avec vous sur les aspects préventifs. Tant le grand public que les membres de la profession médicale sont beaucoup plus conscients aujourd'hui du rôle, notamment, de l'alimentation et du conditionnement physique dans la prévention.

Je suis toutefois préoccupée par la position de certains groupes relativement à la médecine parallèle. Je me demande si vous appuyez la position de groupes comme les adeptes de la Science chrétienne ou les Témoins de Jéhovah à l'égard des herboristes. Je me fais beaucoup de soucis pour cela. Je suis sûre que vous avez entendu parler de l'enquête sur les circonstances du décès de cet enfant qui est mort de faim cette année et qui, parce qu'il était sous les soins d'un herboriste, n'a reçu ni le traitement ni l'alimentation appropriés.

Certaines de ces médecines parallèles sont très utiles. Ainsi, bien des gens ne jurent que par l'homéopathie. Par contre, je crois que certaines d'entre elles sont très dangereuses, et je me demande si vous vous êtes penchés là-dessus, si vous avez une réglementation à proposer à cet égard et si vous aussi, vous vous inquiétez des charlatans qu'on trouve dans les médecines parallèles comme dans la médecine légitime.

M. Dugas: Vous avez parlé du cas bien connu de cet herboriste de Toronto, mais je vous mets au défi de me citer le cas d'un autre herboriste qui a été mis en cause au cours des dix dernières années. Essayez de voir s'il y a eu un cas semblable au cours des dix dernières années.

Mme Clancy: Il y a celui qui s'est produit en Nouvelle-Écosse l'an dernier.

M. Dugas: Et bien, nous n'en avons pas entendu parler.

Mme Clancy: La presse en a beaucoup parlé.

M. Dugas: Quoi qu'il en soit, ce que je veux dire, c'est que vous parlez d'un cas dont nous sommes bien conscients et, comme l'a dit le docteur, je pense, il y a des gens compétents dans la profession médicale comme dans n'importe quelle quelque autre profession, et il y a aussi des incompetents. Ainsi, ce seul cas mettant en cause la médecine parallèle, en l'occurrence un herboriste, a fait la une des journaux et a attiré énormément d'attention parce que justement le traitement utilisé se situait en dehors des normes de traitements classiques.

[Texte]

I have figures here that were compiled by the Organization of Economic Co-operation and Development and it has to do with surgery as an example. According to them, they say—and we can give you the references if you are interested in it—why is it there are twice as many tonsillectomies in Canada as there are in Denmark, and why is it that gall-bladder operations are ten times more frequent than in Sweden? There are 50,000 gall-bladder operations in Canada.

I know you are talking about the danger of alternatives. Every time there is a gall-bladder operation, according to these statistics here, one out of a hundred people can die. This is according to the statistics they had.

So what we are trying to do here is when there is surgery... Go back to what the doctor was saying; start looking at the other side and find out how many people have died following surgery, where surgery was not a life-threatening matter such as gall-bladder. There are a lot of situations that I am aware of where people with good nutrition, staying away from certain foods and what have you, have not had gall-bladder attacks for a number of years. I think we are all aware of that.

When a person has symptoms of gall-bladder, and suppose I am a surgeon, for example—my job is to actually cut up people, I get paid to do it—all I am saying is that I am definitely going to be influenced in telling the person that unless... This happened to my daughter. My daughter is being operated on today at one o'clock. It is a gall-bladder operation, and do you know what they will tell you? They will tell you that maybe you can continue the way you are right now, but if ever an emergency comes up it could be very dangerous. It scares the hell out of people. So the first thing you say is let us get that operation, let us get surgery.

I go back to these facts here. Why is it that there are ten times more in Canada than other countries by population? What is causing this? Go back to your billing thing. Go back to the budget. Go back to the difficulties we are having with the funding and go back to the herbalist. I am not saying we support that herbalist. I think of that person, from the things I have read... All I know is what I have read in the paper. I do not know the man personally. If the newspaper report is right, that man should no longer practise as far as we are concerned. We are for alternative medicine and prevention, but not for quacks or incompetent people. In essence, they have to graduate from the naturopathic college. For chiropractors it is the same thing, they have their own college. We do not feel just anybody can practise that.

[Traduction]

J'ai ici des chiffres de l'Organisation de coopération et de développement économique en ce qui concerne notamment les interventions chirurgicales. Les auteurs de l'étude—et nous pouvons vous donner la référence si cela vous intéresse—posent la question suivante: pourquoi y a-t-il deux fois plus d'amygdalectomie au Canada qu'au Danemark, et pourquoi y a-t-il dix fois plus d'opérations de la vésicule biliaire ici qu'en Suède? Au Canada, on recense 50,000 opérations de la vésicule biliaire.

Vous vous inquiétez, dites-vous, du danger que présentent les modes de traitement parallèle. Or, d'après ces statistiques, un malade sur 100 qui est opéré de la vésicule biliaire peut en mourir. Il s'agit des statistiques de l'OCDE.

Voici ce que nous voulons: dès qu'il est question d'opérer... Si l'on revient à ce que disait le docteur, il faudrait examiner les choses sous l'autre angle et essayer de déterminer combien de personnes sont mortes à la suite d'une intervention chirurgicale où leur vie n'était pas en danger, comme une opération de la vésicule biliaire. J'ai entendu parler de bien des gens qui n'ont pas eu de nouvelle crise depuis de nombreuses années simplement parce qu'elles ont modifié leur alimentation de manière à en éliminer certains aliments, et qu'elles ont pris d'autres mesures préventives. Je crois que nous avons tous entendu parler de cas semblables.

Supposons qu'une personne souffre de la vésicule biliaire et que je sois chirurgien, par exemple—mon métier c'est d'opérer les gens, je suis payé pour cela—tout ce que je dis, c'est que j'aurais certainement tendance à dire à cette personne que si elle ne... C'est justement ce qui est arrivé à ma fille. Ma fille se fait opérer aujourd'hui à 13 heures. Il s'agit d'une opération de la vésicule biliaire. Savez-vous ce que vous dira le médecin? Il vous dira que vous pouvez peut-être continuer comme cela sans trop de problème, mais que, si jamais vous étiez pris d'une crise, cela pourrait être très dangereux pour vous. Quand on s'entend dire cela, on panique. On se dit qu'il vaut mieux subir l'intervention chirurgicale, qu'il vaut mieux se faire opérer tout de suite.

Je reviens à ces chiffres que nous avons ici. Pourquoi y en a-t-il au Canada relativement au nombre d'habitants 10 fois plus que dans d'autres pays? Quelle en est la cause? Voyez un peu ce qui se passe du côté de la facturation, voyez ce qui se passe du côté du budget. Voyez les problèmes de financement que nous avons et étudiez le cas de l'herboriste. Je ne dis pas que nous appuyons cet herboriste là. Je considère que cet homme, d'après ce que j'ai lu... Tout ce que je sais de lui, c'est ce que j'ai lu dans les journaux. Je ne connais pas l'homme en question. Si les reportages de la presse sont exacts, cet homme ne devrait plus pratiquer à notre avis. Nous sommes pour les médecines parallèles et pour la prévention, mais nous ne sommes pas pour les charlatans ou les incompetents. Pour devenir naturopathe, il faut être diplômé du collège de naturopathie. Les chiropraticiens ont aussi leur propre collège. On ne peut pas simplement s'improviser naturopathe ou chiropraticien.

[Text]

Let me give you another example. I am sorry, Mr. Chairman, I have so much to say; I am nearly finished on this. You talk about quacks, and let us be fair about this, because the difficult part is that when we come here we are talking to a lot of medical doctors and we feel that these are professional people, you are in the health care field. Well, I am sure there are a few anyway.

Mrs. Clancy: Many of us are not medical doctors.

Mr. Horning: There are only two of us who are.

Mr. Dugas: Then I feel better already.

Mr. Pagtakhan: Mr. Chairman, I just have one quick comment.

The Chairman: We have another set of witnesses. Very quickly, if you could, Dr. Pagtakhan.

Mr. Pagtakhan: One very short comment to indicate that there is truth to the statements that have been made that in fact in the past procedures have been done unnecessarily. Also, as a consequence of that, the medical profession and other health care professionals looked into this through their own bodies, through self-audit, and those types of practices have been stopped.

• 1010

I agree with you that there ought to be a greater advocacy role, and there is an increasing advocacy role on the part of the consumer groups, so we are not in disagreement with that. The question really is what is the best way to achieve that, and that is why I was asking my earlier question.

The Chairman: Just in closing, for our clarification could you very briefly outline how you envision the commission of lay people—I think you indicated it would all be lay people—would interact with the medical profession in both the federal and provincial levels of government? How do you see that organization having input and working with the other fields, both medical and government?

Mr. Dugas: The way I visualize this is that very definitely the medical profession would have the main input into this particular advisory committee as the experts in their particular field when it comes to health itself. But what this advisory committee would be doing, from where we are sitting, is reporting to the appropriate minister. As an example, in the case of a national council it would be reporting to the Minister of Health at the federal level, and the same would apply at the provincial level, with input coming in from the different disciplines, but all decisions would be taken by the members of that advisory council to the minister.

The Chairman: On behalf of the members of the committee I extend to you our sincere thanks for appearing before us this morning. Certainly you raise some issues that we have not heard before. I think there are a number of topics that will be taken into consideration when looking at our report. I do thank you for the frankness of your presentation. The questions that were asked indicate that there are views on all sides of this issue. I again thank you for very capably making your presentation this morning.

[Translation]

Permettez-moi de vous donner un autre exemple. Je suis désolé, monsieur le président, de parler si longtemps; j'ai presque terminé. Vous avez parlé de charlatan, mais soyons juste, car le plus difficile pour nous, c'est que nous sommes ici en présence de beaucoup de médecins, que nous considérons comme des professionnels du domaine de la santé. Du moins, je suis sûr qu'il y en a quelques-uns parmi vous.

Mme Clancy: Beaucoup d'entre nous ne sont pas médecins.

M. Horning: Il y en a seulement deux parmi nous.

M. Dugas: Je me sens déjà rassuré.

M. Pagtakhan: Monsieur le président, je voudrais simplement faire une courte observation.

Le président: Nous avons un autre groupe de témoins. Faites vite, si vous le pouvez, docteur Pagtakhan.

M. Pagtakhan: Je veux simplement indiquer très brièvement qu'on a eu raison de dire que, par le passé, on a fait un usage abusif de certains types d'interventions. Mais, à la suite de cela, les médecins et les autres professionnels de la santé se sont penchés sur cette question par l'entremise de leurs organismes professionnels, qui se sont livrés à un processus d'auto-vérification, et on a mis fin à ce type d'intervention inutile.

Je conviens avec vous que les citoyens doivent pouvoir mieux défendre leurs droits—et les groupes de protection du consommateur jouent un rôle croissant à cet égard. Par conséquent, nous ne sommes pas contre cela. La question est de savoir si c'est vraiment le meilleur moyen d'atteindre l'objectif visé, et cela explique mon intervention de tout à l'heure.

Le président: En terminant, pourriez-vous nous expliquer très brièvement comment vous entrevoyez l'interaction entre cette commission de profanes—je pense que vous avez dit qu'elle serait entièrement composée de profanes—et la profession médicale, aux paliers de gouvernement fédéral et provincial? De quelle façon cette organisation pourra-t-elle participer et collaborer avec des représentants d'autres champs d'activité, dont des médecins et des fonctionnaires?

M. Dugas: De la façon dont je vois les choses, la profession médicale aura indéniablement une influence prépondérante dans ce comité consultatif pour les questions de santé, étant donné que ses membres sont des experts de ce secteur. Mais dans notre perspective, ce comité consultatif ferait rapport au ministre concerné. Par exemple, un conseil national ferait rapport au ministre de la Santé au niveau fédéral, et le même mécanisme s'appliquerait au niveau provincial. Il y aurait une participation des diverses disciplines, mais toutes les décisions seraient prises par les membres de ce conseil consultatif attaché auprès du ministre.

Le président: Au nom des membres du comité, je vous remercie sincèrement d'avoir comparu devant nous ce matin. chose certaine, vous avez soulevé des questions que nous n'avions pas entendues auparavant. Au cours de la rédaction de notre rapport, nous allons certainement tenir compte de plusieurs thèmes que vous avez abordés. Je vous remercie de la franchise de votre exposé. Les questions qui vous ont été posées montrent qu'il y a toute une gamme d'opinions à ce sujet. Encore une fois, je vous remercie de nous avoir fait ce matin un exposé aussi éloquent.

[Texte]

Mr. Dugas: Thank you very much.

The Chairman: I would call the next group of witnesses to come forward from the Baycrest Centre for Geriatric Care.

• 1013

• 1017

The Chairman: Order. We have with us, from the Baycrest Centre for Geriatric Care, Sandra Leggat, director of planning, and Sam Ruth, consultant. I welcome both of you to our hearings this morning. You have seen the format we use. We thank you for the information you have submitted. We look forward to hearing your testimony.

Mr. Sam Ruth (Consultant, Baycrest Centre for Geriatric Care): We will not be quite as controversial as the former group, but I do have a vested interest: I am a consumer now, so I want to be sure our system works well for me.

We presented the brief to this group, and Sandy and I will just be walking through the brief to a degree to give you some background.

Basically, the Baycrest Centre for Geriatric Care, formerly in Ms Greene's area in North York, is a 300-bed chronic care hospital. We take care of about 350 people in our home for the aged. We have an apartment building. We have day care programs; we have meals on wheels programs; and as Ms Greene said, we really were pioneers in developing both institutional and community-wide services.

This is sort of *déjà vu* for me, because about 30 years ago I appeared before Senator Croll's committee on aging, and Lincoln Alexander some 15 or 20 years ago had a parliamentary committee looking into affairs of the aged as well. I have also served on two Canadian councils on aging, and I am a member of NACA, the National Advisory Council on Aging. I think I have aged along with the field.

• 1020

Mrs. Clancy: Not as much as Senator Croll, and he is still going strong.

Mr. Ruth: It sort of reminds me of a story George Burns tells. When he was 90, they offered him a contract to appear at this hotel when he was 100. He refused to take it. He said he was not sure they were going to be around, but he knew he was going to be around. Senator Croll could very well say that too.

Basically Baycrest tries to develop institutional and non-institutional services. I might say that since my first presentation some 30 years ago, I have been more inclined to understand the need and development of community services.

[Traduction]

M. Dugas: Merci beaucoup.

Le président: J'invite le prochain groupe de témoins, les représentants du Centre de soins gériatriques Baycrest, à se présenter à la table.

Le président: À l'ordre. Nous accueillons, les représentants du Centre de soins gériatriques Baycrest, M^{me} Sandra Leggat, directrice de la planification, et M. Sam Ruth, conseiller. Je vous souhaite la bienvenue à nos audiences ce matin. Vous avez pu voir comment les choses fonctionnent. Nous vous remercions des renseignements que vous nous avez fait parvenir et nous sommes impatients d'entendre votre témoignage.

M. Sam Ruth (conseiller, Centre de soins gériatriques Baycrest): Notre exposé ne sera peut-être pas aussi controversé que celui du groupe précédent, mais notre intérêt pour la question n'est pas moins vif. Personnellement, je suis un consommateur, et je veux m'assurer que le système répond à mes besoins.

Nous avons déjà envoyé des renseignements au comité, de sorte que Sandy et moi-même allons simplement faire un simple survol de notre mémoire pour souligner les grandes lignes.

Le Centre de soins gériatriques Baycrest, anciennement situé dans la région de M^{me} Green, à North York, est un établissement de soins de longue durée comptant 300 lits. Dans notre foyer pour personnes âgées, nous accueillons environ 350 vieillards. Nous avons aussi un immeuble à appartements. Nous offrons des services de garderie et aussi une popote roulante. Et comme M^{me} Greene l'a signalé, nous avons vraiment fait oeuvre de pionniers dans le domaine des services institutionnels et communautaires.

J'ai un peu une impression de «déjà vu» étant donné qu'il y a une trentaine d'années, j'ai comparu devant le comité du sénateur Croll sur le vieillissement. D'ailleurs, il y a 15 ou 20 ans, M. Lincoln Alexander dirigeait un comité parlementaire, qui lui aussi s'est penché sur les questions intéressant les personnes âgées. J'ai aussi participé à deux conseils canadiens sur le vieillissement et je suis membre du Conseil consultatif national sur le troisième âge. Je pense que j'ai vieilli en même temps que le domaine.

Mme Clancy: Pas autant que le sénateur Croll, et il est toujours aussi dynamique.

M. Ruth: Cela me rappelle une anecdote que George Burns raconte. Il était âgé de 90 ans lorsqu'on lui a offert le contrat de présider une soirée à un hôtel à l'occasion de son centième anniversaire. Il a refusé en disant qu'il était convaincu pour sa part d'être encore là, mais qu'il n'était pas certain que ses interlocuteurs y seraient. Le sénateur Croll pourrait fort bien en dire autant.

Essentiellement, le centre Baycrest s'attache à mettre sur pied des services hospitaliers et extra-hospitaliers, et depuis mon premier exposé, il y a une trentaine d'années, je comprends mieux la nécessité de mettre sur pied des services

[Text]

I think the very nature of our laws and acts and the Health Care Act of 1958 and so on tend to emphasize institutional care. There is more money for it, and therefore we used it in that light. There has to be more money made available for non-institutional care. Whether we steal some from institutions or how we get it, I am not sure, but we have to have a greater emphasis there, which goes into housing, community outreach programs, etc.

You have probably been told a thousand different ways of the advancing age group and the number of people who will be over 65 in the year 2015. Some 25% of the people will be over 65. The number of people 85 and over will double between 1980 and the year 2000. I do not even talk about people 65 and over as elderly, since I am 69. I am really talking about the fact that in our own Baycrest Centre for Geriatric Care, there are people being admitted at the age of 85. That has been with a heavy emphasis on community services. We might even be able to up that age if we can develop more and more community services and help people stay at home, which is another form of preventive care.

We keep mentioning community-based care. We say over and over again that some of the problems with community-based care are with our nuclear society. We have smaller families. We are not a rural society where people can stay on the farm and be taken care of by the other generations and so on. We go into the sandwich generation, where we find that the gal who may be 30, 40, or 50 is raising her own family and taking care of her parents. Therefore, we have to have new modes of helping them.

I will give Sandy a chance to speak. She will talk about caring for the care-givers. We really want to emphasize that we are not asking the government to give us a lot more money, but we are saying that government and private industry can help us develop programs that we think will ensure more community services and more help.

Ms Sandra Leggat (Director of Planning, Baycrest Centre for Geriatric Care): Sam has indicated that he sort of represents the point of view of the consumer, having been involved in providing services for many years. We work as a team, because I come with somewhat of a different viewpoint.

I work as a provider for Baycrest Centre for Geriatric Care, but I am also part of what is being referred to as the sandwich generation—working women who have responsibilities for children at home as well as responsibilities for aging parents and grandparents. There are often difficult situations. In a week I may find myself going to a grade one outing and at the same time taking my mother to have cataract surgery. It is difficult trying to fit all these activities into a working schedule.

[Translation]

communautaires. En raison de leur nature même, toute notre législation, y compris la Loi sur les soins de santé de 1958 mettait l'accent sur les soins en établissement. Comme on consacrait plus d'argent à ce volet, on s'en est donc servi. Il faut qu'il y ait davantage d'argent consacré aux soins extra-hospitaliers. Je ne sais pas trop si ces fonds devront provenir de ceux alloués aux hôpitaux ou d'ailleurs, mais il ne fait aucun doute qu'on devra mettre davantage l'accent sur des programmes de logement, de services communautaires, etc.

On vous a sans doute rebattu les oreilles du vieillissement de la population et du nombre de personnes qui auront plus de 65 ans en l'an 2015. Environ 25 p. 100 des gens seront alors âgés de plus de 65 ans. Quant aux vieillards de 85 ans et plus, leur nombre doublera entre 1980 et l'an 2000. Comme j'ai 69 ans, je ne qualifie pas de vieillard les gens qui ont 65 ans et plus. Je vous signale qu'en fait, au Centre de soins gériatriques Baycrest, on accueille des gens à de 85 ans. Et ce, grâce à l'importance accordée aux services communautaires. Nous serons peut-être même en mesure d'élever ce seuil si l'on peut offrir encore davantage de services communautaires pour aider les gens à rester à la maison, ce qui constitue une autre forme de soins préventifs.

Nous revenons constamment sur les soins communautaires. Nous avons dit à maintes reprises que les problèmes liés aux soins communautaires découlaient de la société nucléaire dans laquelle nous vivons. Les familles sont petites. Nous ne vivons plus dans la société rurale où les personnes âgées restaient à la ferme. C'étaient les autres générations qui en assumaient la responsabilité. Aujourd'hui, cette charge incombe à la génération intermédiaire. En effet, on constate que c'est souvent une femme de 30 ans, 40 ans, ou 50 ans à la fois élève sa propre famille et prend soin de ses parents. Par conséquent, nous devons élaborer de nouveaux moyens de venir en aide à ces personnes-là.

Je vais laisser Sandy prendre la parole. Elle vous parlera de l'appui qu'il convient d'offrir aux dispensateurs de soins. Nous voulons qu'il soit bien clair que nous ne demandons pas au gouvernement de nous donner des sommes considérables. Simplement, nous affirmons que le gouvernement et le secteur privé peuvent nous aider à concevoir des programmes susceptibles d'accroître les services communautaires et l'aide fournie.

Mme Sandra Leggat (directrice de la planification, Centre de soins gériatriques Baycrest): Sam a dit qu'il représentait en quelque sorte le point de vue du consommateur, étant donné qu'il a de nombreuses années d'expérience de la prestation de services. Nous faisons équipe parce que j'ai une perspective quelque peu différente.

Je suis dispensatrice de services au Centre de soins gériatriques Baycrest, mais je fais aussi partie de ce qu'on appelle la génération intermédiaire. En effet, je suis de ces femmes qui élèvent des enfants à la maison et qui, en même temps, s'occupent de leurs parents et grands-parents âgés. Cela crée souvent des difficultés. Au cours de la même semaine, je dois parfois participer à une excursion des élèves de première année et aussi amener ma mère à l'hôpital pour une ablation de la cataracte. Il est difficile d'intégrer toutes ces activités dans une vie professionnelle.

[Texte]

We all know there are many people who have the role of informal care-giver in addition to the formal care-giving system that is provided. I guess it is somewhat distressing to us that there has not been the support given to these people over the years. I think it is only in recent initiatives, particularly in the province of Ontario, that we are seeing more emphasis and more support directed towards the informal care-giving system.

The government was a big force in starting day care programs for children to help working women and working families. I think the same sort of leadership and initiative is required now to provide elder care programs, to help businesses and government agencies look towards elder care in the future, so we can help working families cope with the day care crisis for their children as well as helping them care for their parents.

Elder care can be as simple as linking people with services that are required. For instance, if your mother lives in Moose Jaw, these are the types of services you can find for her. Elder care can also provide on-site seniors' day care programs similar to the children's day care programs we are providing now.

• 1025

I think there is a necessity for ongoing demonstration models and initiatives grants to help this, as this is an area where we can be very innovative. There are many ideas out in the field, but we require some funds. We are being stretched right now just to provide the care we do provide. So if money can be made available for some demonstration projects, I think we will find some really innovative solutions to help in caring for our elderly people.

I think corporations should be encouraged to provide such things as paid leave time, giving some flexibility to work schedules so people within the firms can be providing care to their parents as required.

We are all aware there are other things besides just medical care that help improve our health, for example improvements in housing systems. All of the buildings and all of the construction that goes on now should be encouraged to focus on increasing the functionality and independence of people. For example, in furnishing a room like this, we should be looking at the lighting to ensure shadows are not being cast in different areas, which makes it difficult to see. The furniture should allow people to stand up easily, be at the right height, or be adjustable to enable these things. I think we need to give more consideration to all of these areas when building.

[Traduction]

Nous savons tous qu'à l'extérieur du système de prestations de soins officiels, de nombreuses personnes dispensent officieusement des soins. Il est plutôt navrant de constater qu'au fil des années, on n'a accordé aucun soutien à ces personnes. Ce n'est que récemment, particulièrement en Ontario, que l'on a pris des initiatives mettant davantage l'accent sur le soutien au système de soins informel.

Le gouvernement a été le moteur de la création de programmes de garderie afin d'aider les femmes et les couples qui travaillent. Il doit maintenant exercer le même leadership et la même initiative pour instaurer des programmes de soins pour les personnes âgées. Il faut que les milieux d'affaires et les organismes gouvernementaux collaborent pour fournir des services aux personnes âgées à l'avenir, afin d'aider les familles où les deux conjoints travaillent à assumer cette double responsabilité de s'occuper de leurs enfants et de leurs parents.

Dans le cas des personnes âgées, il suffit souvent de les mettre en rapport avec les services dont ils ont besoin. Par exemple, si votre mère habite à Moose Jaw, il existe là-bas des services que vous pouvez dénicher pour elle. Assurer aussi les soins aux personnes âgées, cela peut aussi vouloir dire leur fournir des services de garderie de jour analogues à ceux qui sont offerts pour les enfants à l'heure actuelle.

Je pense qu'il faut prévoir des subventions de démarrage et lancer des projets pilotes pour favoriser un tel virage. D'ailleurs, c'est un secteur où nous pouvons faire preuve de beaucoup de créativité. Ce ne sont pas les idées qui manquent dans ce domaine, mais nous avons besoin de fonds. Déjà, nous avons beaucoup de mal à fournir les services actuels. Si l'on pouvait débloquer des fonds pour certains projets pilotes, je suis sûr que nous trouverions des solutions novatrices pour nous aider à prendre soin de nos personnes âgées.

Je pense qu'on devrait encourager les entreprises à accorder à leurs employés qui s'occupent de leurs parents des congés ou des horaires de travail plus souples.

Comme nous le savons tous, il y a d'autres facteurs, outre les soins strictement médicaux, qui influent sur notre Santé, notamment l'habitation. Dans le domaine du bâtiment, on devrait faire en sorte que tous les nouveaux édifices favorisent davantage l'indépendance et l'autonomie fonctionnelle. Par exemple, dans une pièce comme celle-ci, on devrait examiner les sources de lumière pour s'assurer que des ombres ne se profilent pas dans différents coins, ce qui nuit à la vision. Le mobilier choisi devrait permettre aux gens de se lever facilement et, d'être à la bonne hauteur ou il devait être adaptable pour permettre ce genre de chose. Je pense qu'il nous faut accorder davantage d'attention à toutes ces questions au moment de la construction.

[Text]

Our transportation systems are particularly poor in accommodating elderly people. Very few people can get up on a bus step or get down the stairs into subway systems in most of our major systems. Improvements in those areas would be really beneficial in helping the elderly and helping their families cope with caring for them.

I would like to talk a bit now about the professionals and other than professionals who help in caring for our elderly population. It does not always have to be doctors and nurses who are caring for people. Baycrest has a number of programs where we work to develop health care aids in helping with people in the community.

One of the important things to do is to ensure that people have an understanding of aging. We cannot have people who work with younger people and understand their particular problems and difficulties to just transfer without having education and training on aging and helping people who are aging within the community. So there needs to be a focus on geriatrics, gerontology, how we can help the elderly. With all our care-givers, be they professionals, families, formal care-givers, informal care-givers, there is really a need to focus on this aspect of the training and the education.

In conclusion, I would like to run very briefly through the recommendations in the brief. One of the important points we make is that although the population is increasing and the demographics point to significant growth of the elderly population, there are many other factors besides sheer numbers that need to be considered in planning health care services for the future.

We have to look at current lifestyles, future lifestyles, the role of the family, the availability of the services, and the changing nature of the services. We have to look at a balanced service of health care. We have to look at a service that provides care in the community when it is required, care on an out-patient or ambulatory basis when it is required, and care in institutions or residential settings when it is required. We need to look at providers, informal and formal, who have special expertise in helping the elderly gain the most in their independence and their functional abilities.

We know that health services are broader than just medical care and that we should be looking at transportation systems, improvements in housing, prevention, health promotion and social support programs.

One of the big problems we are facing now, which we feel needs to be considered, is people who are mentally or physically challenged, who have some form of disability, are now aging. The problems associated with the aging process in these types of people have not been considered in many instances. There will be a need for more resources and more care directed towards this population in the future. It is a particularly interesting facet.

Sam, do you want to add anything else?

[Translation]

Quant aux systèmes de transport, ils sont particulièrement médiocres pour ce qui est de répondre aux besoins des personnes âgées. Très peu de gens peuvent facilement monter dans un autobus ou descendre les marches du métro dans la plupart des principaux systèmes de transport du pays. De telles améliorations seraient très bénéfiques à la fois pour les personnes âgées elles-mêmes et pour les membres de leur famille qui s'en occupent.

Je voudrais maintenant parler brièvement des professionnels et des non-professionnels qui s'occupent de la population âgée. Il n'est pas nécessaire que ce soit toujours des médecins ou des infirmières qui s'en occupent. Au Centre Baycrest, un certain nombre de nos programmes visent à former des auxiliaires médicales aptes à aider les gens au sein de la collectivité.

Chose importante, il faut s'assurer que les personnes appelées à travailler avec des personnes âgées comprennent le phénomène du vieillissement. On ne peut pas simplement muter des gens habitués à travailler avec des jeunes et sensibilisés à leurs problèmes particuliers sans auparavant leur offrir une formation sur le vieillissement et les moyens à prendre pour aider les personnes âgées au sein de la collectivité. Il faut donc mettre l'accent sur la gériatrie, la gérontologie et les moyens à prendre pour aider les aînés. Il faut vraiment accorder une attention particulière à la formation et à l'éducation de tous les dispensateurs de soins, qu'il s'agisse de professionnels de la santé, de dispensateurs de soins officiels et officieux, ou des membres de la famille.

En conclusion, je voudrais brièvement passer en revue les recommandations du mémoire. L'un des arguments importants que nous présentons est le suivant: même si la population augmente et que les projections démographiques indiquent une hausse considérable du nombre des personnes âgées, il y a de nombreux autres facteurs, outre les chiffres, qu'il convient de considérer pour planifier les services de santé pour l'avenir.

Il faut examiner les styles de vie actuelle et future, le rôle de la famille, la disponibilité des services et leur caractère changeant. Il faut s'attacher à offrir des soins de santé équilibrés. Il faut prévoir des services globaux qui englobent aussi bien les soins à domicile, les soins ambulatoires ou les soins en institution ou en résidence, selon les besoins. Il faut nous doter de dispensateurs de soins officiels et officieux qui aient des connaissances spécialisées sur la façon d'aider les personnes âgées à conserver le plus possible leur indépendance et leurs compétences fonctionnelles.

Nous savons que les services de santé ne se limitent pas aux soins médicaux. Par conséquent, il faut améliorer les systèmes de transport, l'habitation, la prévention, la promotion de la santé et les programmes d'appui social.

Nous sommes confrontés avec un grave problème qui, à notre avis, mérite toute notre attention, soit celui du vieillissement des personnes qui sont aux prises avec des difficultés mentales ou physiques ou qui souffrent d'une forme quelconque de handicap. Dans bien des cas, on a omis de se pencher sur les problèmes liés au vieillissement de ces personnes. Il faudra prévoir davantage de ressources et de soins à l'intention de cette population à l'avenir. C'est un aspect particulièrement intéressant.

Sam, voulez-vous ajouter quelque chose?

[Texte]

Mr. Ruth: I think we will give the members a chance.

The Chairman: Thank you very much. I am sure there will be many questions. We will try to get what information we can from you relating to the presentation you have made, and perhaps there will be other questions that members have.

We have approximately 30 minutes. We have six members who I am sure would like to use the time as judiciously as they can. Mrs. Clancy is first, followed by Mr. Karpoff.

[Traduction]

M. Ruth: Je pense que je vais laisser la parole aux députés.

Le président: Merci beaucoup. Je suis sûr qu'il y aura de nombreuses questions. Nous allons essayer d'obtenir le plus de renseignements possibles relativement à votre exposé, et peut-être y aura-t-il d'autres questions également.

Nous avons environ 30 minutes. Il y a six députés qui, j'en suis convaincu, voudront utiliser cette période le plus judicieusement possible. La parole est d'abord à M^{me} Clancy, suivie de M. Karpoff.

• 1030

Mrs. Clancy: I would like to welcome you to the committee. It seems to me that your organization is very similar to one we have in Halifax, my city, Northwood Centre. It seems to provide much the same services and also to be of a similar size. We only have one Northwood in all of Atlantic Canada at this point, and we need many more because of the services that are provided.

With regard to your last recommendation on the needs of the physically and mentally challenged who are aging because of improved medical science, etc., is there a difference, or do you perceive a difference, in a really stand-out manner between people who have been physically and/or mentally challenged throughout their lives, in the care that is needed, as opposed to elderly people who suffer a physical or mental disability due to aging?

Mr. Ruth: I will just take a crack at this. Keeping in mind that the Down's syndrome kids are now living into their fifties and above that, we were able to discharge a number of people from mental institutions who were developmentally handicapped, and place them in group homes and so on. As time goes on, they will have less resiliency. If what we are really talking about is premature aging, we are probably into the need for care at a younger age. That is what we have to be aware of.

Secondly, the Province of Ontario took great pride in discharging a number of people from mental institutions, people about whom there is a question as to how they could cope for themselves. A lot of those people are out on the streets right now and they can live that way, but when they lose their resiliency a little later on they will not be able to cope. They will be coming back into our system again, and they are not going to be the most desirable people from the institutions' point of view, how to take care of them, and so on, and of course we are finding in some of our metro housing now that we have the combination of drugs and alcohol, which can compound all of this. I think it is really that they will be younger and they will have to be treated differently because they are not the nice old guy or gal we dealt with before.

Mme Clancy: Je vous souhaite la bienvenue au comité. Il me semble que votre centre est analogue à celui qui existe à Halifax, dans ma ville, le centre Northwood. Il semble fournir à peu près les mêmes services et être de taille similaire. A l'heure actuelle, il n'existe qu'un seul centre de ce genre dans la région atlantique du Canada et, compte tenu des services qu'il offre, nous en aurions besoin d'un plus grand nombre.

Dans votre dernière recommandation, vous dites que les personnes physiquement ou mentalement handicapées qui vieillissent ont besoin de profiter des progrès de la médecine et autres. A votre avis, existe-t-il une différence marquée entre les soins qu'il convient d'offrir aux personnes qui ont été physiquement ou mentalement handicapées pendant toute leur vie et à celles qui en raison de leur grand âge, deviennent physiquement ou mentalement handicapées?

M. Ruth: Je vais essayer de vous répondre. Etant donné que les enfants victimes du syndrome de Dawn vivent maintenant jusqu'à 50 ans et plus, nous avons pris des mesures pour retirer des établissements de soins psychiatriques un certain nombre de personnes handicapées en raison d'un retard de développement et nous les avons placées dans des foyers collectifs. A mesure que le temps passe, leur résistance s'amointrit. Ils risquent donc d'être victimes de vieillissement prématuré, et il faudra sans doute prévoir des soins pour ces personnes à un âge plus précoce. C'est un facteur dont il faut être conscient.

En outre, la province de l'Ontario s'est vantée d'avoir laissé sortir des établissements psychiatriques un certain nombre de personnes. Mais il y a lieu de se demander si elles sont en mesure de subvenir à leurs besoins. Un grand nombre d'entre elles sont maintenant dans la rue et se débrouillent, mais lorsqu'elles n'auront plus la même résistance un peu plus tard dans leur vie, elles ne pourront plus s'en sortir. Ce sont donc des personnes qui réintégreront le système de soins et, du point de vue des établissements, ce ne sera pas la clientèle la plus souhaitable. Il faudra trouver des moyens de l'accueillir. Et à l'heure actuelle, on constate qu'en milieu urbain, on est souvent confronté à un problème combiné d'alcoolisme et de toxicomanie, ce qui aggrave encore la situation. Je pense que cette clientèle sera composée de gens plus jeunes et qu'il faudra les traiter différemment parce qu'on n'aura plus affaire à un aimable vieux monsieur ou à une charmante vieille dame.

[Text]

Mrs. Clancy: I notice in the beginning of your brief, and it is certainly something I have heard before, that Canadians institutionalize at a much higher rate than other countries. The Canadian average of 7.1% is almost double that of Britain and the United States. Just out of curiosity, does our weather have anything to do with that?

Mr. Ruth: Does what?

Mrs. Clancy: I was not thinking of the fog. I was thinking of severer winters. I am forever bringing up my mother as an example when we are talking about aging. I was in Halifax last night and I dropped in to see her. She came out to watch me to my car, and I was saying do not slip on the steps, whereon she sort of cracks me on the back of the head and says mind your own business. It was icy last night because it was cold, and I am wondering if the severer winters are a factor in the high institutionalizing rate.

Ms Leggat: I would suggest that it certainly is a factor, one of many factors. I think some of the other factors are that we are very spread out, and whereas you may live in Halifax your mother might live in Vancouver, and there are many other instances. Canada is a very large country.

I also think that some of our other factors are that there were not community support services available so we may have got into a habit of it, and it may be good or it may be bad. But there are many, many factors. I would agree the weather is probably—

Mr. Ruth: Just adding another point on that, I saw a study done on the U.K., which has a much lower rate of institutionalization, but we thought they were overusing their home-care programs. There comes a time when you cannot be taken care of at home. We thought they were overusing this and therefore the rate was low, but were people being cared for properly? We may be high in relation to some, but we are taking care of people a little better, and so on.

Mrs. Clancy: With regard to the number of people in your centre, for example, are you finding that the various services that are available are sufficient? I presume you have within your centre apartment-style living. You mentioned the age of 85. Is that the point where you are finding people leaving the apartment setting and going into more of a care-giving setting, or does the fact that the services are available within the centre keep them there longer?

Mr. Ruth: An interesting fact is that we find that people in our apartment buildings desire to stay there so long that we should turn these into a long-term care hospital. They almost bypass one set. Therefore—

[Translation]

Mme Clancy: Au début de votre mémoire, vous signalez quelque chose que j'ai déjà entendu, à savoir qu'au Canada, le taux d'institutionnalisation est beaucoup plus élevé que dans d'autres pays. La moyenne canadienne de 7.1 p. 100 représente presque le double de celle de la Grande-Bretagne et des États-Unis. Par simple curiosité, pensez-vous que notre climat a quelque chose à voir là-dedans?

M. Ruth: Pardon?

Mme Clancy: Je ne pensais pas au brouillard. Je pensais à la rigueur de nos hivers. Chaque fois que l'on parle du vieillissement, je donne l'exemple de ma mère. J'étais à Halifax hier soir et j'en ai profité pour lui rendre visite. À mon départ, elle m'a reconduit jusqu'à ma voiture et je lui ai dit de faire attention de ne pas glisser sur les marches du perron. En réponse à ma sollicitude, elle s'est contentée de me tapoter le derrière de la tête et de me dire de me mêler de ce qui me regarde. En raison du froid qui régnait hier soir, les marches étaient glacées, et je me demande si nos hivers rigoureux ne sont pas un facteur qui explique ce taux élevé d'institutionnalisation.

Mme Leggat: À mon avis, c'est certainement un facteur, parmi bien d'autres. L'éloignement est un autre élément qui entre en jeu. Il peut arriver que quelqu'un vive à Halifax et que sa mère vive à Vancouver. Et il y a de nombreux autres cas de ce genre. Le Canada est un pays immense.

En outre, je pense qu'en l'absence de services d'aide communautaire, nous avons pris cette habitude, bonne ou mauvaise, d'institutionnaliser nos vieux. Quoi qu'il en soit, de nombreux facteurs entrent en ligne de compte, mais je conviens que le climat est vraisemblablement...

M. Ruth: À ce sujet, je voudrais ajouter ceci. J'ai consulté une étude effectuée au Royaume-Uni, pays qui a un taux d'institutionnalisation beaucoup plus faible que le nôtre, mais il m'est apparu, ainsi qu'à des collègues, que les Britanniques abusaient des programmes de soins à domicile. Il arrive un moment où les personnes âgées ne peuvent plus rester chez elles. Nous avons donc pensé qu'il y avait des abus de ce côté-là, ce qui explique leur faible taux d'institutionnalisation. Cependant, ces personnes âgées étaient-elles bien soignées? Notre taux est peut-être élevé par rapport à celui d'autres pays, mais les Canadiens reçoivent des soins légèrement meilleurs.

Mme Clancy: Compte tenu du nombre de personnes qui fréquentent votre centre, jugez-vous que les divers services offerts sont suffisants? Je suppose que votre centre offre la possibilité d'y vivre comme en appartement. Vous avez dit que des personnes âgées de 85 ans étaient admises chez vous. D'après vous, est-ce le seuil auquel les gens abandonnent la vie en appartement pour un endroit où ils seront encadrés par des dispensateurs de soins, ou le fait que de tels services soient disponibles au centre leur permet-il de demeurer en appartement plus longtemps?

M. Ruth: Il est intéressant de noter que les résidents de nos immeubles à appartements désirent y demeurer si longtemps que l'on pourrait transformer ces installations en hôpital pour soins à long terme. Les résidents sautent presque une étape. Par conséquent...

[Texte]

Mrs. Clancy: That is exactly what I wanted to know.

Mr. Ruth: —the idea of housing is extremely important to keep people out of institutions for a longer period of time.

Mrs. Clancy: And when they go they go for good.

Ms Leggat: That is right. When they require it they require a much heavier level of service. Whereas where they may have needed minimal nursing care, they now require physiotherapy, occupational therapy, and fairly heavy nursing care as they enter that next stage.

Mrs. Clancy: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mrs. Clancy. You mentioned the weather and the effect it has. Some time ago I was at a function and they were saying that most of the wars, the uprisings and things we have seen throughout history tend to take place in either moderate or temperate climates. If you look in the northern part of our hemisphere, maybe it is too cold at 40 below to start some of these things, so I guess there are perhaps some upsides to living where we do.

Mrs. Clancy: We had better be careful out Vancouver way.

The Chairman: Right. Mr. Karpoff please.

Mr. Karpoff: I appreciate your brief. There are many issues that I would like the opportunity to discuss with you. I guess I have quite an interest in this field. I have been working in the geriatric field. I have been an administrator of a 240-bed long-term care facility. I also come from a family who are notoriously long-lived. My mother is still very active in her mid-80s, and her sisters are still driving their cars at 88, which I have some reservations about.

Some hon. members: Oh, oh.

Mr. Karpoff: My father lived into his 90s, and my great grandfather lived reportedly to 109. So I am quite anxious to make sure we have good facilities.

Mrs. Clancy: That does not do anything for votes.

Mr. Karpoff: No. One of the real problems that I see in providing care, particularly in Canada, is the consistency of care-givers with the mobility of families. We are fortunate that my mother actually moved down to where the kids were, but in the meantime half the kids moved away. This is a real problem that I knew as an administrator, where there were no family members. Often the people had moved away from where there were any friends. They had very few people. Also in institutions, shift patterns, the turnover of staff make it difficult for any person to really relate to the elderly person on a consistent, long-term basis.

[Traduction]

Mme Clancy: C'est exactement ce que je voulais savoir.

M. Ruth: La question du logement est extrêmement importante si l'on désire retarder le plus longtemps possible l'admission en établissement.

Mme Clancy: Et quand ils partent, ils ne reviennent pas.

Mme Leggat: C'est exact. Si un changement s'impose, c'est que ces personnes nécessitent un niveau de service beaucoup plus important. Alors qu'auparavant un minimum de soins infirmiers suffisait, elles doivent maintenant, à cette nouvelle étape, recourir à la physiothérapie, à l'ergothérapie et à des soins infirmiers assez importants.

Mme Clancy: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, madame Clancy. Vous avez mentionné la température et ses conséquences. Il y a quelque temps, j'assistais à une réunion où l'on a dit que la plupart des guerres, des soulèvements et autres événements historiques se déroulent le plus souvent sous des climats tempérés. Au nord de notre hémisphère, des températures de moins 40 degrés sont peut-être trop brutales pour qu'on se livre à ce genre d'exercice, on pourrait peut-être donc dire qu'il y a certains avantages à vivre où nous nous trouvons.

Mme Clancy: On devrait peut-être surveiller ce qui se passe du côté de Vancouver.

Le président: D'accord. Monsieur Karpoff, vous avez la parole.

M. Karpoff: Je trouve votre exposé très intéressant et il y a beaucoup de questions dont j'aimerais pouvoir discuter avec vous. C'est en effet un domaine qui m'intéresse tout particulièrement. J'ai travaillé dans le domaine de la gériatrie et j'ai été administrateur d'un établissement de 240 lits pour soins à long terme. En outre, je viens d'une famille où l'on vit très vieux. Ma mère est une octogénaire très active, et ses soeurs conduisent toujours leur voiture à 88 ans, activité sur laquelle j'exprime certaines réserves.

Des voix: Oh oh.

M. Karpoff: Mon père avait largement dépassé 90 ans à son décès, et on m'a dit que mon grand-père avait atteint 109 ans. Je tiens donc à m'assurer que nous disposons de bonnes installations.

Mme Clancy: Mais cela n'apporte pas de votes.

M. Karpoff: Non. L'une des difficultés que je perçois, surtout au Canada, concerne la permanence des dispensateurs de soins, d'une part, et la mobilité des familles, d'autre part. Nous avons de la chance en ce sens que ma mère s'est déplacée pour venir vivre là où sont ses enfants, mais, entre-temps, la moitié de ces derniers sont partis ailleurs. Lorsque j'étais administrateur, j'ai rencontré ce genre de problème, qui est très grave quand il n'y a pas de famille. Souvent, les personnes âgées étaient parties de l'endroit où elles avaient des amis. Elles ne connaissaient plus que quelques rares personnes. Par ailleurs, dans les établissements, le travail par poste et le roulement du personnel font qu'il est très difficile d'établir un lien personnel à long terme et, constant avec le résident âgé.

[Text]

When my father ended up in an extended care unit, finally the only person he knew in that unit was the cleaning person, because that was the only person who was there consistently day after day after day. He referred to her as the nurse. He was quite happy with that. He knew her.

I have tried to work in different shift patterns with staff to see if you could get the same staff on the same shift day after day or week after week. I am wondering whether in your complex where you are looking at multiple levels of care, home care, a variety, that you have been able to develop any model where there is at least one person who is involved with that elderly individual in their home, when they come into an institution, when they go into your extended care unit or your chronic care unit so that there is some consistency of personal involvement.

Ms Leggat: I would suggest that we have not done the best job we can in this. Partially it comes from the fact that we receive our funding from two different ministries within the Ontario government. It has been very hard to kind of mix and match and shift funds around to make things easy for our residents. However, we have developed a central intake system. We are further refining it over the next couple of months so that there will be a case co-ordinator identified, be it a social worker, a clinical nurse specialist, an occupational therapist, somebody on our staff. They will have responsibility for being the case co-ordinator for anybody who picks up the phone and calls into Baycrest, whether we end up referring them to another service, whether they end up in one of our community services or into institutional care. At this point that is the best we can come up with in order to provide some consistency.

The other thing that we are trying to do is to utilize our large volunteer program. We find our volunteers are a tremendous strength. We take a lot of time in matching our volunteers and hope that we have the consistency and the carry through. Many of our volunteers are actually residents in our apartment buildings, so there are 80-year-old volunteers volunteering to look after 90-year-old people. We are very careful in that area to try to have some consistency as well.

● 1040

It is a difficult problem, and we have not come up with anything creative to ensure that you have the same nurse or the same physiotherapist all the time. A case co-ordinator, somebody you know and your family knows, has been our solution to this problem.

Mr. Ruth: Sandy, you are too young for some of this, but back in 1956 a nurse would be paid on average about \$2,400 a year. We have found that through the improvement—and you must have found that too—in salaries and services, if you take a look at our employees now, the 10-, 15-, and 20-year employee is becoming more commonplace. Our portering staff or our health care aides would be making about \$12 an hour—I do not know if that is because of the

[Translation]

Quand mon père a finalement dû être admis dans un service de soins de longue durée, la seule personne qu'il connaissait dans ce service était celle chargée du nettoyage, car c'était uniquement celle-ci qu'il voyait régulièrement chaque jour. Il disait que c'était son infirmière; il en était fort content. Il la connaissait.

J'ai essayé d'organiser avec mon personnel différents systèmes de travail par poste pour voir si l'on pouvait arriver à avoir le même personnel travaillant au même poste jour après jour, ou semaine après semaine. Dans votre complexe, vous assurez une grande diversité de soins, y compris les soins à domicile, et je me demande si vous avez pu mettre au point un système assurant une certaine continuité de rapports, en ayant une personne qui serait en contact avec le résident âgé dans son foyer, et maintiendrait ce contact une fois que cet individu est admis dans une institution et, passe dans votre unité de soins de longue durée ou dans celle pour soins chroniques.

Mme Leggat: À mon avis, nous n'avons pas trouvé la meilleure solution possible à ce sujet. Cela découle en partie de ce que notre financement provient de deux ministères du gouvernement ontarien. Il nous a été très difficile de trouver un moyen de déplacer les fonds qui faciliterait la vie des résidents. Toutefois, nous avons mis au point un système central d'admission. Nous allons l'améliorer au cours des deux mois à venir pour pouvoir affecter un coordinateur à chaque cas, qu'il s'agisse d'un travailleur social, d'une infirmière clinique spécialisée, d'un ergothérapeute ou d'un autre membre de notre personnel. Cet individu assurera la coordination pour toute personne qui se met en rapport avec Baycrest, qu'il s'agisse d'un renvoi à un autre service, d'une intégration dans nos services communautaires, ou d'une admission en établissement. Pour le moment, c'est le mieux que nous puissions faire pour assurer une certaine continuité.

Nous voulons également recourir à notre service de bénévoles, qui est assez important. Ces bénévoles représentent un atout considérable. Nous les apparions avec le plus grand soin et nous espérons que ceci donnera la continuité et le suivi recherchés. Bon nombre d'entre eux résident dans nos immeubles à appartements et nous avons des bénévoles de 80 ans qui s'occupent de personnes âgées de 90 ans. Nous sommes très prudents dans ce domaine et nous essayons également d'assurer une certaine permanence.

Le problème est difficile à résoudre, et nous n'avons rien trouvé d'ingénieux permettant d'assurer que le résident sera toujours en rapport avec la même personne, infirmière ou physiothérapeute. Notre solution consiste à nommer un coordinateur, une personne que le résident et la famille connaissent.

M. Ruth: Sandy, vous êtes trop jeune pour avoir connu cette époque, mais en 1956 le salaire moyen d'une infirmière était d'environ 2,400\$ par an. Nous avons constaté—comme vous sans doute—que, grâce à l'amélioration des salaires et des services, il est maintenant normal de rencontrer des employés qui ont 10, 15 et même 20 ans d'ancienneté. Nos porteurs et notre personnel de salle gagnent environ 12\$ de l'heure—je ne sais pas si cela résulte de l'action des

[Texte]

union—with me, whereas a hotel person might be getting about \$7 an hour. So we tend to draw people who stay with us. With proper fringe benefits and so on, it is amazing how the person will bond someone, even the cleaner. There is a tremendous bonding there. Our cleaners are trained to do more than just go. They will help to tie shoelaces, and so on. Because of their length of service, we have found that kind of bonding goes on quite well.

Mr. Karpoff: The other problem happening in B.C. in the same thing is that they did away with what they call the personal care level. At one time the facilities had intermediate care plus personal care. The facility I was administering was in a state of transition. It had been a mixed facility, and then they closed off the personal care level. Over a period of time the more active personal care people were providing a great deal of the continuity of care for the more disabled, particularly in helping them to come back and forth to the dining room, reading to them, helping them on outings, and everything. When you did away with this personal care level, you ended up with a facility that had all people who were not able to function at a very high level. I felt it was a terrible mistake, from a care point of view, to do away with the personal care level. I wonder if that is happening in Ontario and if that is a trend right across the country.

Ms Leggat: Certainly through the long-term care reform that has been performed by the Ontario government a very similar thing will happen, in that now we have residential care and extended care. Those distinctions will disappear and funding will be based on the level of care required by the people. The Ontario government has said that it will not be building any more institutional beds, and it is in fact decreasing the number of beds within the system. The assumption is that the most disabled, the people with the most difficult care requirements, will end up in the beds, which is very much the system you describe. I agree that there are some difficulties with that.

Within Baycrest we have some areas where we will be able to provide some of this helping through the people who do not require as much care, through our day care programs, through the people residing in the apartment buildings—because we have, and are trying to ensure that we will continue to have, a real continuum of care, that we will have some people associated with our facilities who are not at the very high institutional level of care so we can try to provide that helping environment and that milieu of wellness that is so important to our residents.

We also have a day care program for the staff associated with Baycrest Centre, and we have many programs where we have our residents working with the kids in the day care centre. That has been extremely beneficial.

[Traduction]

syndicats—alors que des fonctions similaires dans un hôtel sont payées environ 7\$ de l'heure. Nous pouvons donc attirer des personnes qui vont demeurer longtemps chez nous. Grâce aux avantages sociaux et autres, il est remarquable de voir les liens qui se créent, même avec les préposés au nettoyage. Ce sont des liens très forts. Notre personnel de nettoyage fait plus que de passer un aspirateur. Il rend divers services comme de nouer les lacets de chaussures. Les liens créés du fait de l'ancienneté donnent de très bons résultats.

M. Karpoff: Dans le même ordre d'idée, l'élimination du niveau des soins personnels a soulevé quelques difficultés en Colombie-Britannique. Il fut un temps où les établissements assuraient des soins intermédiaires et des soins personnels. L'établissement que j'administrerais se trouvait en évolution. C'était un établissement mixte, mais le niveau «soins personnels» a été éliminé. À une certaine époque, les personnes les plus actives dans le domaine des soins personnels assureraient une bonne continuité pour les plus infirmes, surtout quand il fallait les aider à aller, par exemple, à la salle à manger, leur faire la lecture, les aider à sortir de l'établissement, et toutes sortes de services de ce genre. Une fois les soins personnels éliminés, on se retrouve avec un établissement où tous les résidents ont un niveau de fonctionnement très bas. Du point de vue des soins, l'élimination du niveau des soins personnels me semble avoir été une grave erreur. Je me demande si la même situation existe en Ontario et s'il s'agit d'une tendance que l'on retrouve partout au pays.

Mme Leggat: La réforme des soins à long terme en Ontario va certainement entraîner des conséquences similaires, car nous avons maintenant les soins résidentiels et les soins de longue durée. Cette distinction va disparaître, et le financement sera fondé sur le niveau de soins requis. Le gouvernement de l'Ontario a annoncé son intention de ne pas ajouter de lits en institution, mais, au contraire, d'en réduire le nombre actuel. Le gouvernement estime donc que les personnes dont les facultés sont les plus affaiblies, celles qui demandent le plus de soins, occuperont les lits disponibles, et ceci aboutira à la situation que vous décrivez. Je conviens avec vous que ceci crée certaines difficultés.

À Baycrest, nous pourrions continuer à fournir ce genre d'assistance dans certains domaines en ayant recours aux résidents qui ne requièrent pas beaucoup de soins, en ayant recours également à notre programme de soins de jour ainsi qu'aux personnes qui résident dans les appartements. En effet, nous avons, et nous voulons continuer à avoir, une gamme complète de soins, à continuer à nous occuper de quelques personnes qui ne nécessitent pas de soins lourds institutionnalisés, de façon à créer une atmosphère et un environnement qui fournissent l'appui nécessaire et donnent ce bien-être si important pour nos résidents.

Nous avons également une garderie pour le personnel affilié au centre de Baycrest et nous avons organisé divers programmes dans le cadre desquels nos résidents sont en rapport avec les enfants en garderie. Cette activité s'est révélée très bénéfique.

[Text]

Mr. Halliday: I thank our witnesses for being with us. They certainly have a longstanding background in this area, and we appreciate the information they bring to us.

“Elder care” is a new term for me. I probably should have heard it before, but I do not recall. I understand the meaning of it.

Should we be looking at another jurisdiction somewhere in the world for ideas that we have not had a chance to apply here yet?

Mr. Ruth: The American Association of Retirement of Persons—we have access to them, they are in the United States, we can give you that—have planning booklets on elder care. IBM has a program. It is really businesses, corporations, that have developed elder care, because first of all, they found that the sandwich generation, Sandy’s group, spent too much time on the telephone and too much time worrying about their parents and their children. Therefore they thought if they had someone on staff they could refer to and say if you have this problem then you can call that person. . .

• 1045

Mr. Halliday: When I hear you identifying the private sector, I think that is great. I have no problems with that.

Mr. Ruth: It is the private sector that really got into this. It was the non-profits that explored it, but the private sector had to take over. They benefit by it.

Mr. Halliday: I am pleased to hear that. That is great news and maybe we should be looking into that. Our research staff I am sure will want to. Is there a public sector country. . . ? Are there any countries in the western hemisphere that are leaders in this area?

Ms Leggat: Are you talking specifically about elder care? I can certainly check.

Mr. Ruth: There is something on the computer system we have with the American Hospital Association and we can ask them for that. It is only \$50. We will charge it to you.

Mr. Halliday: My the second question relates to funding. Of course to get the private sector in, as you are suggesting, is a big asset when it comes to funding. I guess what I want to say is you are just one of many, many groups we have heard, probably a couple of dozen, who have suggested to us there should be more funding. I congratulate you, Sandra, in suggesting there should be some funding for demonstration projects here. I think that should be done by the public sector, if possible. At least, it is not often the private sector will undertake that kind of thing, so we need to have some funds for it.

I am also aware of the restriction by government now in terms of new funds, new money, for that kind of thing. I am onto an old kick of mine, my colleagues will recognize it of course, but it relates to the fact that I as a consumer would

[Translation]

M. Halliday: Je remercie les témoins de s’être présentés devant nous. Leur expérience dans ce domaine est longue, et nous leur sommes reconnaissants des renseignements qu’ils nous ont donnés.

«Services pour personnes âgées», c’est une nouvelle expression pour moi. J’ai probablement déjà dû l’entendre, mais je ne m’en souviens pas. J’en saisis cependant le sens.

Devrions-nous regarder vers l’étranger pour y trouver des idées que nous n’avons pas encore eu l’occasion d’utiliser ici?

M. Ruth: Nous pouvons vous indiquer comment vous mettre en rapport avec l’*American Association of Retirement of Persons*, aux États-Unis, que nous connaissons. Cette association publie des brochures sur la planification des services pour les personnes âgées. IBM a également un programme en ce sens. En fait, ce sont les entreprises, les sociétés, qui ont créé ces services pour personnes âgées. En effet, les entreprises ont constaté que les gens de la génération intermédiaire, ceux de l’âge de Sandy, passaient trop de temps au téléphone, trop de temps à se préoccuper de leurs parents et de leurs enfants. On en a conclu qu’il serait avantageux d’avoir une personne à laquelle les employés pourraient s’adresser si tel ou tel problème se présentait. . .

M. Halliday: Quand je vous entends parler du secteur privé, j’en suis ravi. Je n’ai aucun problème de ce côté-là.

M. Ruth: C’est le secteur privé qui s’est vraiment lancé dans cette activité. Les organismes sans but lucratif ont exploré le terrain, mais c’est le secteur privé qui a pris les choses en main. C’est à leur avantage.

M. Halliday: Je suis très heureux de l’entendre. C’est une excellente nouvelle, et nous devrions peut-être examiner cela de plus près. Je suis sûr que nos chercheurs voudront le faire. Y a-t-il un pays dont le secteur public. . . ? Y a-t-il des pays de l’hémisphère occidental qui sont des chefs de file dans ce domaine?

Mme Leggat: Parlez-vous spécifiquement des services pour les personnes âgées? Je peux certainement le vérifier.

M. Ruth: Nous pouvons interroger la banque de données informatisée de l’*American Hospital Association*, à laquelle nous avons accès. Cela ne coûte que 50\$. Nous vous le facturerons.

M. Halliday: Ma deuxième question se rapporte au financement. Si, comme vous le suggérez, le secteur privé s’intéresse à cette activité, cela facilite grandement le financement. En fait, vous n’êtes que l’un des nombreux groupes que nous avons entendus, plus d’une vingtaine, à nous suggérer qu’il faut un financement accru. Je vous félicite, Sandra, d’avoir suggéré la nécessité de financer des projets de démonstration. Il me semble que, si c’est possible, ce devrait être la responsabilité du secteur public. En effet, le secteur privé s’intéresse rarement à ce genre d’activité, donc il faut prévoir des fonds à cet effet.

Du côté des gouvernements, je réalise aussi les contraintes qui existent actuellement lorsqu’il s’agit de trouver d’autres fonds pour ce genre de choses. Je reprends l’un de mes thèmes favoris, et mes collègues vont le

[Texte]

very much like to see that what you are suggesting be done. I, like about 75% or 85% of Canadians, could afford to pay about \$100 a year, say. The first \$100 I had to pay for health care, I could pay that myself as long as somebody is going to pick up the tab after that. It seems to me that if all the people in Canada who were in that position, and there would be millions of them, would be willing to do that, we could free up from the public sector probably a billion dollars, part of which could go for what you want to do and all these other groups who have been coming before us.

What I am asking you is would you be willing to support a change in our health care system where those above a certain income level who obviously could afford it would be asked to contribute the first \$100 for an individual, for example—maybe \$200 for a family—so that money could be freed up to do exactly what I think you are asking for and which I think has to be done? We have had a couple of dozen other groups wanting the same sort of thing. Would that change in our health care system be beneficial? Would it achieve what you want to see done?

Mr. Ruth: I think of something we have been talking about. We call it "user responsibility". I was chairman of the Metro Homes for the Aged when you received a submission from them. This came in some time around May 15, 1990. In our submission we state:

Legislation supporting any change in the existing health care system must be written in such a way that those who have the means to pay are required to contribute to the cost of their care.

I do not use the term "user fees" because I have been booed down too often for that. It is a tricky situation, because I think there is a problem. We talk about user responsibility. I firmly believe... On the claw-back, I was happy to see something done in that area. I disagree with the fact that you froze the \$50,000. I think in coming years it ought to be upgraded and so on. I think in time you will probably do that yourselves anyway, because \$50,000 in 10 years from now, God knows what it will mean. But the idea of those who have a little bit more helping to pay, it spreads the system for those who need to get it. My answer is yes, sir, I would very definitely, as a consumer and also as a provider too. It would meet with some opposition and so on.

They had that problem in the United States when they tried to add a little incentive for longer term care based upon a means test or something. I think we have to look at universality in a different way. We have to say to ourselves we are trying to achieve something and the old methods do not do it. What do we have to add to that without sacrificing, most of all, that everyone should have access to the same quality of service regardless of financial means? We have to

[Traduction]

reconnaître tout de suite, mais comme consommateur, je souhaite vivement que tout ce que vous proposez soit fait. Comme 75 ou 85 p. 100 des Canadiens, je pourrais payer disons, 100\$ par an. Je peux payer de ma poche les 100 premiers dollars de frais pour les soins de santé, mais, ensuite, il faudrait que quelqu'un d'autre règle la facture. Il me semble que si tous les Canadiens qui sont dans cette situation, et cela fait des millions d'individus, acceptaient cette approche, cela pourrait libérer peut-être 1 milliard de dollars de fonds public, dont une partie pourrait être utilisée à la réalisation des projets que vous, et tous les autres groupes qui se sont présentés devant nous, veulent réaliser.

Je vous demande donc si vous seriez disposés à appuyer une modification de notre système de soins de santé par laquelle ceux qui disposent d'un certain revenu, et pourraient donc le faire, devraient verser les 100 premiers dollars dans le cas d'un individu—peut-être 200\$ pour une famille—de façon que des fonds publics soient libérés pour faire exactement ce que je crois vous entendre demander et qui, à mes yeux doit être fait. Nous avons entendu plus d'une vingtaine d'autres groupes qui désirent faire le même genre de chose. Une telle modification à notre système de soins de santé serait-elle avantageuse? Est-ce que cela permettrait de réaliser ce que vous souhaitez?

M. Ruth: Je pense à une notion dont nous avons parlé et que nous appelons «la responsabilité de l'usager». J'étais président du groupe *Metro Homes for the Aged* qui vous a adressé un mémoire, vers le 15 mai 1990. Ce mémoire précisait que

Tout texte législatif visant à modifier le système actuel de soins de santé devrait prévoir que ceux qui peuvent le faire devraient contribuer au recouvrement du coût des soins reçus.

Je ne parle pas de «ticket modérateur» car je me suis trop souvent fait huer quand je mentionnais ce terme. C'est une situation délicate, et je crois qu'il y a un problème à résoudre. Nous parlons donc de la responsabilité de l'utilisateur. Je suis convaincu... Pour ce qui est de la récupération fiscale, je suis heureux de voir que l'on fait quelque chose dans ce domaine. Je ne suis pas d'accord avec l'établissement d'un seuil fixe de 50,000\$. Dans les années à venir, il me semble qu'il faudra modifier ce chiffre, ce que vous serez probablement obligé de faire, car Dieu seul sait ce que 50,000\$ voudront dire dans dix ans. Tout de même, si ceux qui sont un peu mieux nantis peuvent contribuer au recouvrement des coûts, cela élargit les possibilités du système pour ceux qui en ont besoin. Ma réponse à votre question est donc un oui très clair, comme consommateur, mais aussi comme dispensateur. Naturellement, il faut s'attendre à une certaine opposition à un tel système.

Le problème est apparu aux États-Unis quand on a essayé de prendre une mesure incitative dans le cas des soins à long terme en tenant compte des ressources pour déterminer l'accès. Il me semble que nous devons examiner l'universalité sous un nouveau jour. Nous devons réaliser que nous essayons d'atteindre un objectif donné, mais que les anciennes méthodes ne permettent pas de l'atteindre. Nous devons compléter ce que nous avons déjà sans sacrifier, en

[Text]

ensure that from that point there is no reason why people like myself, who may have the means, should not help to pay for those who do not have it.

Mr. Halliday: Thank you very much.

Mr. Ruth: It is what we were raised on for a long time, whether it be the Christian or Judaic ethic, whatever it might be.

Mr. Halliday: You are one of the first witnesses who have had the courage to say that, I might add, out of all we have had.

Mr. Ruth: I have been booed down a few times, but I have said it publicly. We put it in our reports, sir—

Mr. Halliday: Is it in this report?

Mr. Ruth: This is the report from Metro Toronto sent in May of 1990—

Mr. Halliday: Can we have a copy of that?

Mr. Ruth: We were not submitting before you, but it is a written statement, sir.

Mr. Halliday: Might we not have a copy of that?

Mr. Ruth: I will leave it for you.

• 1050

Ms Leggat: I would also like to suggest that I think this is already happening. We may not admit it, but given the amount of money the communities contribute to building hospitals, to building homes for the aged, even in some instances for endowments for ongoing operations, this is happening to some extent already.

Mr. Halliday: It is not quite the same thing.

Mr. Ruth: Do not discount us here. What Sandy says is important. At Baycrest we needed help in North York, so we raised a good deal of money, and right now we have over 300 endowment programs. Once again it is the user responsibility. We are encouraging that. Right now among hospitals and major institutions they have development officers going to the corporate sector and saying you have a responsibility. I think it is both of us working together that will do it.

Mr. Pagtakhan: I would like to turn to funding for research programs. You are very well familiar, of course, with the Alzheimer's problem. About 300,000 Canadians are afflicted with this. Two years ago the federal government allocated some \$20 million over five years for this program through the so-called Seniors Independence Program. You are aware that about 20% of funding for this program has now been cut. How do you view this cut as negatively imparting, if I can use that word, on the types of concerns your association has raised this morning?

[Translation]

aucun cas, le principe que tout le monde devrait avoir accès à des services de même qualité, quelles que soient les ressources financières de l'individu en cause. Partant de ce principe, il n'y a aucune raison pour laquelle des gens comme moi, qui pensent avoir des ressources suffisantes, n'aident pas à payer les services rendus à ceux qui n'ont pas ces ressources.

M. Halliday: Merci beaucoup.

M. Ruth: Ce sont les principes qui régissent notre formation depuis fort longtemps, qu'il s'agisse de la moralité chrétienne ou judaïque.

M. Halliday: Je crois devoir dire que de tous les témoins que nous avons entendus, vous êtes l'un des premiers à avoir eu le courage de dire cela.

M. Ruth: Je me suis fait huer à plusieurs reprises, mais je l'ai dit publiquement. Nous le disons également dans nos rapports, monsieur. . .

M. Halliday: Est-ce dans ce rapport-ci?

M. Ruth: C'est dans le mémoire que Metro Toronto vous a adressé en mai 1990. . .

M. Halliday: Pouvons-nous nous en avoir un exemplaire?

M. Ruth: Ce groupe n'a pas comparu devant vous, il s'agit d'un mémoire écrit.

M. Halliday: Pouvons-nous en recevoir un exemplaire?

M. Ruth: Je vous en remettrai un.

Mme Leggat: J'ajoute que c'est déjà en train de se produire. Que nous l'admettions ou non, étant donné les fonds que les collectivités consacrent à la construction d'hôpitaux, de foyers pour personnes âgées, et même dans certains cas aux subventions d'établissements en activité, c'est déjà le cas dans une certaine mesure.

M. Halliday: Ce n'est pas tout à fait la même chose.

M. Ruth: Ne nous prenez pas à la légère. Ce que dit Sandy est important. Notre centre avait besoin d'aide à Yord-Nord, et nous avons donc recueilli des fonds assez importants, et à l'heure actuelle nous avons plus de 300 fonds de dotation. Là encore, c'est la responsabilité de l'utilisateur et nous favorisons ce principe. À l'heure actuelle, parmi les hôpitaux et les principaux établissements de santé, il y a des agents de développement qui vont voir les chefs d'entreprise pour leur expliquer leur responsabilité. C'est la collaboration entre nos deux secteurs qui nous permettra d'obtenir des résultats.

M. Pagtakhan: Je voudrais parler du financement des programmes de recherche. Vous connaissez sans doute très bien la maladie d'Alzheimer. Près de 300,000 Canadiens en sont atteints. Il y a deux ans, le gouvernement fédéral a alloué à ce programme près de 20 millions de dollars pour une période de cinq ans, en mettant sur pied le fameux programme d'autonomie des personnes âgées. Vous savez que le financement de ce programme vient d'être réduit de 20 p. 100. À votre avis, quelle influence négative, si je puis dire, ces compressions ont-elles sur les préoccupations soulevées par votre association ce matin?

[Texte]

Mr. Ruth: I have a problem with hearing. Would you please take it, Sandy?

Ms Leggat: I am not sure I can answer that. I am not sure the decrease in funding for the Alzheimer's research programs through the Seniors Independence Program—

Mr. Ruth: What can one say? It means fewer people involved in the field. We know the University of Toronto recently established an Alzheimer's centre. At Baycrest the women's auxiliary came up with \$100,000 for Alzheimer's research. We are all trying to do that. All I can say is it cannot help, and that is for sure. I am sure the money will be used wisely and so on.

The figures on Alzheimer's are sort of crazy at times, but the last one I saw was that 25% of our people over the age of 85 will be affected by that. It is a lot more people than those affected by AIDS. But I am a little biased, I told you, working for the aged and so on.

The point is that if you look at 25% of the people 85 and over having some type of cognitive impairment, we have a problem on our hands. Therefore, I do not know how much is enough. That is my problem. Whatever we had before, if we cut back on that and since there will be more and more older people around, then something is not right, something is not logical.

Mr. Pagtakhan: I am glad to hear that from your association. How would you view a research program or project into the effectiveness of sending printed messages with the old age security cheques, advising seniors to have inoculations against influenza, which you know is a disease that could be prevented to a large extent among this group of people?

Ms Leggat: You probably will need to answer this one too.

Mr. Ruth: Because of my age.

Ms Leggat: That is right. You can give a personal opinion.

Mr. Ruth: The problem is that most of the pension cheques go right to the bank, so you do not see them.

Ms Leggat: I have always thought that the personal touch was the most important way to help people to be more aware of their health and to do good jobs of health promotion and prevention. I would suggest a program like that is probably good as a first step, but needs follow-up and needs more of a personally directed message to have any real effect.

Mr. Ruth: It has to be in more than French and English too.

[Traduction]

M. Ruth: Je n'ai pas bien entendu votre question. Voulez-vous y répondre, Sandy?

Mme Leggat: Je ne suis pas sûre de pouvoir y répondre. Je ne suis pas certaine que la réduction du financement des programmes de recherche sur la maladie d'Alzheimer dans le cadre du programme d'autonomie des personnes âgées. . .

M. Ruth: Ce qu'on peut en dire? Cela signifie une diminution du nombre de chercheurs dans ce domaine. Nous savons que l'Université de Toronto a créé récemment un centre de recherche sur la maladie d'Alzheimer. A Baycrest, le groupe auxiliaire féminin a recueilli 100,000\$ pour ces recherches. Nous essayons tous de le faire. Tout ce que je peux dire, c'est que ces compressions entravent nos efforts, c'est certain. Je suis convaincu que les fonds seront utilisés à bon escient.

Les données relatives à la maladie d'Alzheimer sont parfois assez aberrantes, mais d'après les derniers chiffres que j'ai vus, il semble que 25 p. 100 des Canadiens de plus de 85 ans en seront atteints. C'est beaucoup plus que le nombre de personnes atteintes du sida. Evidemment, comme je vous l'ai dit, je suis peut-être un peu subjectif puisque je travaille pour les personnes âgées et ainsi de suite.

Le fait est que si l'on considère que 25 p. 100 des gens de plus de 85 ans ont des facultés de compréhension affaiblies, nous avons un problème sur les bras. C'est pourquoi je ne sais pas où fixer la limite. C'est mon problème. Quel que soit le montant du financement antérieur, si nous le réduisons et compte tenu du vieillissement de la population, il y a quelque chose qui cloche, quelque chose d'illogique.

M. Pagtakhan: Je suis heureux d'entendre ces remarques de votre association. Que penseriez-vous d'un programme ou projet de recherche sur l'efficacité de l'envoi de messages imprimés en même temps que les chèques de sécurité de la vieillesse, dans lesquels on conseillerait aux personnes âgées de se faire vacciner contre la grippe, maladie que l'on peut prévenir dans une grande mesure parmi ce groupe de personnes, comme vous le savez?

Mme Leggat: Il vous faudra sans doute répondre également à cette question.

M. Ruth: Compte tenu de mon âge.

Mme Leggat: C'est exact. Vous pouvez donner une opinion personnelle.

M. Ruth: Le problème, c'est que la plupart des chèques de pension sont versés directement à la banque, de sorte qu'on ne les voit pas.

Mme Leggat: J'ai toujours pensé que le contact personnel était le moyen le plus important d'aider les gens à prendre conscience de leur santé et d'obtenir de bons résultats en matière de promotion de la santé et de prévention. A mon avis, un programme semblable constitue sans doute une première étape utile, mais pour qu'il ait des conséquences réelles, il faut effectuer un suivi et communiquer aux intéressés des messages qui leur sont adressés personnellement.

M. Ruth: Et il ne faut pas que ces messages soient uniquement en anglais et en français.

[Text]

Mr. Pagtakhan: You indicated as one of your recommendations that the role of informal care-givers should be recognized and supported through health and social services. Could you briefly explain what you mean by "recognize"? What ways ought we to recognize what we have not done yet, and to support them in a way that we have not done yet as a society?

Ms Leggat: I think the first step has already begun to happen. I am most familiar with Ontario. The long-term care reform process that is envisaged by Ontario has for the first time recognized the role and has stated publicly in documents that the informal care-givers are an important part of the system and should be considered to be part of the team.

How I would interpret recognizing them is instead of having care-givers who are working and saying this is what we are doing, the family, the clients, would become more a part of the team. So it is a team approach to decision-making, it is a team approach to how we are going to take care of everybody in the future.

• 1055

Also, recognition needs to come through support, through resources and through different programs. For example, we mentioned elder care and possible initiatives through the corporate sector to help support the care-givers. I think of basic things such as improving transportation systems, housing systems, and many of the functional aspects of buildings that are constructed. All of these are support, as well as specific programs such as respite care, having these programs available, and counsel.

Mr. Ruth: We count respite care as extremely important.

Ms Leggat: Respite care has been identified as probably one of the most important ways of helping people to cope. Respite can be provided in many different ways. It can be within the community setting. It can be within an institution. It can be long-term or short-term. We have to look at providing all the variations and all the opportunities so we can really meet the needs of the care-givers. That is important.

We initiated through a Health and Welfare grant a "care for the care-givers" program. Through that program we looked at providing support to the care-givers through groups, through individual counselling, through linking with information and referral systems in the community. We found that it was an extremely valuable service. Since then we have tried to incorporate it as part of our regular central intake services and how we assist all our people, but we have found that there is not a lot of funding. We have kind of been subsidizing it ourselves, but we have not found anybody else to give us ongoing funding for the service. The research grant proved that it was a very important service, but as yet we have not been able to follow up with resources.

[Translation]

M. Pagtakhan: Vous avez recommandé entre autres que l'on reconnaisse et que l'on appuie le rôle des dispensateurs de soin officieux par le biais des services sociaux et de santé. Pourriez-vous nous expliquer en quelques mots ce que vous entendez par «reconnaître»? Quelles nouvelles initiatives notre société doit-elle prendre pour reconnaître leur rôle et les soutenir?

Mme Leggat: La première étape est déjà amorcée. Je connais surtout la situation de l'Ontario. Dans le cadre du processus de modification des soins de longue durée envisagé par cette province, celle-ci reconnaît pour la première fois le rôle de ces personnes et déclare publiquement dans des documents que les dispensateurs de soins officieux constituent un élément important du système de santé dont ils doivent faire partie intégrante.

Ce qu'on pourrait faire pour reconnaître leur rôle, d'après moi, c'est essayer d'intégrer dans l'équipe la famille, les clients, au lieu de se contenter de parler du travail qu'effectuent les dispensateurs de soin. C'est donc en équipe que l'on prendrait des décisions quant à la façon de prendre soin de tous les Canadiens à l'avenir.

En outre, qui dit reconnaissance dit aide financière, ressources et mise en place de différents programmes. Par exemple, nous avons parlé des soins aux aînés et d'initiatives éventuelles du secteur privé pour contribuer à aider les dispensateurs de soins. Je pense à des questions fondamentales comme l'amélioration des réseaux de transport, des systèmes de logement et bon nombre des aspects fonctionnels des immeubles en construction. Ce sont autant de mesures de soutien, au même titre que des programmes précis comme les soins de relève, la mise en place de ces programmes et la consultation.

M. Ruth: Nous accordons une énorme importance aux soins de relève.

Mme Leggat: Les soins de relève constituent sans doute l'une des façons les plus importantes d'aider les gens à s'en sortir. La relève peut être assurée de diverses façons. Cela peut être dans le cadre de la collectivité, au sein d'un établissement, à court terme ou à long terme. Il faut envisager de fournir toutes les possibilités dans ce domaine, de façon à véritablement satisfaire les besoins des dispensateurs de soins. C'est important.

Grâce à une subvention de Santé nationale et Bien-Être social, nous avons créé un programme visant à soutenir les dispensateurs de soins. Grâce à ce programme, nous avons décidé de fournir de l'aide aux dispensateurs de soins par le biais de groupes, de consultations personnelles, d'établissement de liens avec les systèmes d'information et d'orientation de la collectivité. Ce service s'est révélé extrêmement précieux. Depuis lors, nous avons essayé de l'intégrer dans nos services centraux normaux et nos programmes d'aide générale, mais nous avons constaté que le financement est rare. Nous avons pour ainsi dire subventionné ce programme nous-mêmes, mais nous n'avons trouvé personne d'autre pour le financer de façon permanente. La subvention de recherche a révélé qu'il s'agit d'un service très important, mais jusqu'ici nous n'avons pas réussi à mobiliser de ressources suffisantes.

[Texte]

Mr. Pagtakhan: My last question is on the fee-for-service payment system, which you feel does not adequately meet the needs of the providers or the system with respect to the team approach to the care for the elderly. You advocated an alternative form, capitation or salary. What savings do you envision would be realized when we move to your recommendation?

Ms Leggat: I am looking at it from a different perspective. I am looking more at the provision of quality of care, and I have not considered savings as being the most important reason to do it.

Mr. Pagtakhan: I am glad to hear that, because I have always believed that quality of care is over and above the cost of care.

Ms Greene: I welcome you as well. It is good to see you again. I saw you for so many years, and it is terrific having you here today.

If you are not offering the most complete level of care available to a total community in Canada, then I would think you certainly are one of the groups providing the fullest range of options and so on. How many people are being serviced directly or indirectly through the Baycrest Centre? I am talking about the day care, the meals on wheels, the whole thing.

Mr. Ruth: About 800 people are taken care of on an in-residence basis. There are 300 meals on wheels going out per day.

Ms Leggat: About 100 people come into day care every day. About another 30 come into more of our day hospital programs during the day. We have about 4,000 or 5,000 members of our seniors centre who—

Mr. Ruth: We have about 100 volunteers who are over 80 who also participate in that.

Ms Leggat: That is right. Our volunteer force is about 700 people.

Ms Greene: In terms of the Jewish population in the region—that would be your primary group there—is that a level of population of about 100,000?

Mr. Ruth: We are dealing with about 120,000. But you also know, Ms Greene, that the Baycrest Hospital is non-sectarian. Our drop-in services are non-sectarian. We believe that in the province of Ontario this should be based upon cultural background—the Greek home, Italian home, Jewish home—because of their need to be among their own group and so on. But some of our services are non-sectarian, and the more we live in this community, the more we might be able to expand that in education and research.

Ms Greene: Having this experience and having these facilities available—and obviously some additions are needed throughout the system—what do you think is the optimum level of institutional versus residential care, given the current population you are servicing?

[Traduction]

M. Pagtakhan: Ma dernière question porte sur le système de paiement à l'acte, lequel, selon vous, ne répond pas de façon satisfaisante aux besoins des dispensateurs de soins ou du système en ce qui a trait au principe du travail en équipe avec les personnes âgées. Vous avez préconisé une solution de rechange, sous forme de dotation ou de traitement. Quelles économies la mise en vigueur de votre recommandation permettrait-elle de réaliser, selon vous?

Mme Leggat: J'envisage la question sous un angle différent. Je m'intéresse davantage à la prestation des soins de qualité, et la possibilité de réaliser des économies n'est pas un facteur important à mes yeux.

M. Pagtakhan: Je suis heureux de l'entendre, car j'ai toujours été convaincu que la qualité des soins passe loin avant le coût.

Mme Greene: Je vous souhaite également la bienvenue. Je suis heureuse de vous revoir. Il y a des années que je vous connais et c'est formidable de vous recevoir aujourd'hui.

Si vous n'offrez pas l'éventail le plus complet de soins auxquels peut avoir accès une collectivité au Canada, je pense que vous êtes sans nul doute l'un des groupes qui offre la plus vaste gamme d'options et ainsi de suite. Combien de gens le Centre Baycrest dessert-il, directement ou non? Je parle des services de soins de jour de repas servis à domicile et autres choses du genre.

M. Ruth: Nous nous occupons dans le centre même d'environ 800 personnes. Il y a en outre 300 personnes à qui nous apportons le repas à domicile tous les jours.

Mme Leggat: Tous les jours, une centaine de personnes se présentent aux services des soins de jour. Une trentaine d'autres participent pendant la journée à nos programmes de soins de jour. Environ 4,000 ou 5,000 membres de notre centre pour personnes âgées ont. . .

M. Ruth: Sans oublier les 100 bénévoles âgés de plus de 80 ans qui y participent également.

Mme Leggat: C'est exact. Nous comptons environ 700 bénévoles.

Mme Greene: En ce qui concerne la population juive de la région—vers laquelle vous semblez concentrer votre attention—compte-t-elle environ 100,000 membres?

M. Ruth: Nous nous occupons d'environ 120,000 personnes. Vous savez également, madame Greene, que l'hôpital Baycrest, de même que nos haltes-accueil sont ouverts à tous, quelle que soit leur race ou leur religion. Nous estimons que, en Ontario, cela doit se fonder sur le milieu culturel—le foyer grec, le foyer italien, le foyer juif—parce que les gens ont besoin de se retrouver parmi ceux de leur propre groupe. Toutefois, certains de nos services sont non-sectaires et plus nous nous occuperons de ce domaine, plus nous pourrions étendre ces services à l'éducation et à la recherche.

Mme Greene: Compte tenu de votre expérience et des installations disponibles—et il est évident qu'il faut en ajouter à tous les niveaux du système—quelle serait, d'après vous, la meilleure répartition possible entre les soins en établissement et en résidence, étant donné le genre de groupes auxquels vos services s'adressent à l'heure actuelle?

[Text]

[Translation]

• 1100

Mr. Ruth: We have found that the more community services we offer, the less demand there is for institutional services. We are surprised at the number of people who can stay at home with some added services and so on. Rather than a ratio, what we find is there is a certain time there is a need, not to be a court of last resort. And it can vary among different people. Some families have resiliency; they can take care of their elderly. The younger generation needs help. They cannot take care of them. So it really has to be evaluated on a family by family basis.

Sandy mentioned a respite program. We can admit an older person to our home for two weeks so the family can go on vacation for two weeks. We have a special day care program where we take in for four hours a day an older person and so give the care-giver some time to himself or herself. These are all individual situations.

We should develop more community services and perhaps even financially help lower income people who take care of an elderly person at home. I think what we have to look at, Ms Greene, is the more we do on a community-wide basis, the less we will have to do on an institutional basis.

Ms Greene: So you think you will probably not have to provide any more institutional beds.

Mr. Ruth: With the population going this way, I do not think we can have the beds going that way. Sometimes necessity is the mother of invention. If there are no beds available, maybe we will work harder in community services. It is a hell of a way of doing things. But if we are forced to do more in the community, they might do more, then later on we can average it out. We just do not want to throw out the baby with the bathwater.

Ms Leggat: I think the point is we need the full range of services and you should not be compromising one for another. Right now there is an imbalance because of the way health care evolved. We all know everybody built hospitals and provided beds, so we have an imbalance. But we should not correct the imbalance by making it go the other way; we should make it a balanced system.

We have to look at each of the populations. Right now the Jewish population has a much greater proportion of elderly than the standard Ontario population. So in planning services we do not have as many younger people caring for the elderly population. Whereas a bed ratio might work for the province or another ethnic community, it may not work for this one. Or it may not work for a Greek community. Or it may not work for northern Ontario. It is hard to have either province-wide or country-wide standards. I think we have to look at individual areas.

M. Ruth: Nous avons constaté que plus nous offrons des services communautaires, moins la demande est forte pour les services hospitaliers. Nous sommes surpris par le nombre de gens qui peuvent rester chez eux s'ils ont accès à quelques services supplémentaires. Il est difficile d'établir un rapport, mais nous constatons qu'il est parfois nécessaire de ne pas jouer le rôle de tribunal de dernière instance. Cela varie parmi les gens. Certaines familles ont une certaine marge de manoeuvre et elles peuvent prendre soin de leurs personnes âgées. Les jeunes générations ont besoin d'aide. Elles ne peuvent pas s'en occuper. Il faut donc évaluer la situation selon les familles.

Sandy a parlé d'un programme de relève. Nous pouvons admettre une personne âgée dans notre foyer pendant deux semaines, de sorte que la famille puisse partir en vacances au cours de cette période. Nous offrons un programme de soins de jour spécial, en vertu duquel nous accueillons une personne âgée pendant quatre heures par jour, ce qui permet au dispensateur de soins de s'occuper de ses affaires personnelles. Ce sont tous des cas individuels.

Il faut élargir les services communautaires et peut-être même offrir une aide financière aux économiquement faibles qui peuvent s'occuper d'une personne âgée à la maison. L'important, madame Greene, c'est que plus on augmente les services communautaires, moins on fait appel aux services hospitaliers.

Mme Greene: Selon vous, par conséquent, il sera inutile d'accroître le nombre de lits d'hôpitaux.

M. Ruth: Tout dépend de l'orientation que prend la population. Parfois, la nécessité rend ingénieux. S'il n'y a plus de lits disponibles, nous accroîtrons peut-être nos efforts dans les services communautaires. C'est la méthode dure. Mais si nous sommes obligés de faire davantage au niveau communautaire, on fera un effort et, ensuite, tout rentrera dans l'ordre. Nous voulons simplement éviter de pécher par excès de zèle.

Mme Leggat: En réalité, nous avons besoin de toute la gamme de services, et il ne faut pas en compromettre certains au profit d'autres. À l'heure actuelle, il y a un déséquilibre, étant donné l'évolution que suivent les services de santé. Nous savons tous que tout le monde a construit des hôpitaux et fourni des lits, de sorte qu'il y a déséquilibre. Il ne faut toutefois pas, pour y remédier, prendre une orientation tout à fait inverse; il faut essayer d'en arriver à un système équilibré.

Nous devons tenir compte de tous les groupes ethniques. À l'heure actuelle, les Juifs comptent une plus forte proportion de personnes âgées que la population normale de l'Ontario. En planifiant nos services, nous ne pouvons pas compter sur autant de jeunes pour s'occuper des personnes âgées. Calculer le rapport des lits pourrait se révéler utile dans la province ou pour un autre groupe ethnique, mais pas pour celui-ci. Ou alors, ce n'est pas la bonne façon de procéder pour la collectivité grecque, ou encore pour le Nord de l'Ontario. Il est difficile d'établir des normes s'appliquant à l'échelle de la province ou du pays. Il faut examiner les problèmes par secteur.

[Texte]

Ms Greene: The other question I have is with respect to funding. In the current funding system we have, people pay for meals on wheels on a sliding scale, nursing homes are on a sliding scale, homes for the aged are on a sliding scale, and chronic care hospitals or acute care hospitals are free. Do you think there should be a fee on a sliding scale for people who are in acute care or chronic care hospitals?

Ms Leggat: Within the chronic care hospitals there is the chronic care co-payment fee, which comes in after you have been in the institution for 60 days. So there is a payment. And as well there is a payment depending on which bed category you have, and as well payments for ancillary services within the organization. It is not totally free at this stage.

Ms Greene: One of the questions I have discussed with nurses and so on is there seems to be an incentive in the system for people to stay in acute care hospitals, not necessarily Baycrest, because I think you are probably doing much better counselling there.

Ms Leggat: There is an incentive on both sides, both on the patient side and as well on the hospital side. Given that they are funded by a global budget, they do not have the incentive either.

Mr. Ruth: Once again, there are the people who want to move them out and so on, but sometimes there is no place to send them to. That is another problem.

Mr. Cole (York—Simcoe): I am glad to hear you talking about individualize as opposed to generalize. We in this institution tend to generalize and try to make approaches that have to fit everything and everyone has to fit within one general spectrum, and that becomes a very, very difficult process, obviously. It is nice to hear that you are talking about co-ordinating things individually on a person or even a group basis. I think that is very, very important.

• 1105

I would like to know your feelings about one aspect of this, because I think we are dealing with different generations and different expectations from people. The people who are presently being looked after, if you like, in nursing homes and so on grew up in a society that said you have to look after yourself, and you do not really want to go where someone else is looking after you. But the baby boomers have grown up in a different environment, one that said someone else will always be there to look after you.

I have talked to my parents about moving into a retirement home, the first stage, because it would be a hell of a lot easier on my wife and my sister. They will have no part of it. If you talk to people who are in effect making these decisions, we are saying that realistically this is what we would want. Are we talking about two different approaches in trying to solve the same problem? That is where I am coming from. I am struggling with it.

[Traduction]

Mme Greene: Mon autre question porte sur le financement. En vertu du système de financement actuel, il existe une échelle mobile pour le paiement des soupes populaires, des maisons de convalescence et des foyers pour personnes âgées, tandis que les services des hôpitaux de soins chroniques ou de longue durée sont gratuits. D'après vous, faudrait-il prévoir des honoraires selon une échelle mobile pour les gens qui occupent des lits dans des hôpitaux de soins chroniques ou de longue durée?

Mme Leggat: Dans les hôpitaux offrant des soins chroniques, il existe un système de participation aux frais qui s'applique après 60 jours d'hospitalisation. Il y a donc une méthode de paiement. Il y a aussi une part des frais à payer selon le genre de lit qu'on occupe, ainsi que les paiements des services auxiliaires au sein de l'établissement. À ce niveau-là, les soins ne sont pas entièrement gratuits.

Mme Greene: Il y a une question dont j'ai discuté avec des infirmières et d'autres personnes. Le système actuel semble inciter les gens à rester dans les hôpitaux de soins de longue durée, pas nécessairement au centre Baycrest, car je pense que vous offrez sans doute de bien meilleurs services de consultation.

Mme Leggat: Il y a une incitation des deux côtés, tant de la part du patient que du côté de l'hôpital. Étant donné que les hôpitaux sont financés en vertu d'un budget global, ils n'ont pas non plus cette incitation.

M. Ruth: Là encore, il y a des gens qui veulent faire sortir ces personnes de l'hôpital, mais parfois, il n'y a aucun endroit où les envoyer. C'est un autre problème.

M. Cole (York—Simcoe): Je suis heureux de vous entendre nous dire qu'il vaut mieux examiner les situations individuelles que de généraliser. Au Parlement, nous avons tendance à généraliser, à adopter des stratégies qui conviennent à toutes les situations, et tout le monde doit s'intégrer dans un seul grand système, ce qui se révèle un processus extrêmement délicat, de toute évidence. Je suis heureux de vous entendre parler de coordination des activités, au niveau individuel ou pour un groupe donné. C'est un élément très important, selon moi.

Je voudrais savoir ce que vous pensez d'un aspect de la question, car nous avons affaire, selon moi, à des générations différentes et à des gens dont les attentes sont différentes. Les personnes dont on s'occupe actuellement dans des foyers, etc., ont été élevées au sein d'une société qui leur a appris à s'occuper d'elles-mêmes, et elles ne veulent pas vraiment que quelqu'un d'autre s'occupe d'elles. Par contre, la génération de l'après-guerre a grandi dans un milieu différent, un milieu où l'on disait aux gens qu'il y aurait toujours quelqu'un pour s'occuper d'eux.

J'ai parlé à mes parents de l'idée de vivre dans une maison de retraite, pour commencer, car ce serait beaucoup plus facile pour ma femme et ma soeur. Ils ne veulent pas en entendre parler. Si l'on s'adresse à des gens qui prennent ces décisions, on constate que, de façon réaliste, c'est ce qui est souhaitable. Y a-t-il deux démarches différentes en vue de résoudre le même problème? Voilà la question que je me pose et qui me crée des difficultés.

[Text]

Mr. Ruth: When you get older, sir, you may think the way your parents do. You will want your independence. You will want to make your own decisions. They do not want some young kid making decisions for them.

Mr. Cole: I appreciate that.

Ms Leggat: Some of our parents and grandparents may be thinking of past institutions. Institutional and residential life was very different from what it is today. Now it appears that when people actually see what these places look like, see what is provided and that you do not lose a lot of your independence, and in fact you may end up with more independence in a residential setting where you are safe and secure, they say yes, it is time to make the transition.

Mr. Cole: Just to follow up on that, there are a number of these centres, if you like, that are starting to spring up in southern Ontario, I have noticed. Some of them are not full.

Mr. Ruth: Most of them are not full.

Mr. Cole: You know better than I do.

Mr. Ruth: They have problems.

Mr. Cole: As you see it, what is the problem?

Mr. Ruth: I have worked with some of them. I am very conservative. I had questions about building them a while back. I think they have overbuilt them. The other point is the economy. Those homes cost approximately \$2,500 to \$3,000 a month for meals and a room. That is \$36,000 a year or an income of about \$70,000 to live there.

Secondly, even those who have it have worked too hard for it. They do not want to give it away that quickly. One of the major problems with retirement homes is the fact that they can live in their apartments. . . I think it is going to be worse in the next year or two or three. For a while they were selling their houses and getting enough of a bundle to pay for their retirement homes. With the real estate market shot in southern Ontario, I think they are going to suffer more. Think of the income necessary to live there.

Mr. Cole: So it is an economic problem, as you see it.

Mr. Ruth: I think so.

Mr. Cole: That is interesting. Thank you.

Mrs. Clancy: I just want to say thank you.

The Chairman: On behalf of the committee, I want to thank you very much.

Mr. Cole, you mentioned your parents, and I guess all of us have to go through this at some time or another. Most of us have aging parents. My mother is 83, in reasonably good health and still drives her own car, but she is one of those

[Translation]

M. Ruth: Lorsque vous vieillirez, monsieur, vous aurez peut-être la même façon de penser que vos parents. Vous tiendrez à votre indépendance et vous voudrez prendre vos propres décisions. Ils ne veulent pas qu'un jeune quelconque le fasse à leur place.

M. Cole: Je comprends bien.

Mme Leggat: Certains de nos parents et grands-parents pensent peut-être aux foyers et établissements du passé. La vie en établissement et en résidence était très différente à l'époque de ce qu'elle est aujourd'hui. Apparemment, à l'heure actuelle, quand les gens voient à quoi ressemblent ces foyers, les services qu'on y offre, et comprennent qu'ils conserveront une grande partie de leur indépendance, et qu'en fait, ils seront peut-être même plus autonomes dans un foyer où ils seront à l'abri et vivront en toute sécurité, ils acceptent d'y aller vivre en disant que le moment est venu de faire cette transition.

M. Cole: Pour faire suite à ce que vous venez de dire, il y a un certain nombre de ces centres qui commencent à voir le jour dans le Sud de l'Ontario, d'après ce que j'ai remarqué. Certains d'entre eux ne sont pas complets.

M. Ruth: La plupart d'entre eux ne le sont pas.

M. Cole: Vous êtes mieux placés que moi pour le savoir.

M. Ruth: Ils ont des problèmes.

M. Cole: D'après vous, quel est le problème?

M. Ruth: J'ai travaillé dans certains de ces centres. Je suis conservateur. Il y a quelque temps, je doutais même de leur utilité. Je pense qu'on a construit un trop grand nombre de centres. Il y a aussi le facteur économique. Il en coûte environ 2,500\$ à 3,000\$ par mois pour vivre dans ces foyers, chambre et repas inclus. Cela représente 36,000\$ par an, soit un revenu d'environ 70,000\$ pour pouvoir y demeurer.

En second lieu, même ceux qui ont ces revenus ont trop travaillé pour les obtenir. Ils ne veulent pas les abandonner si rapidement. Un autre problème important que posent les foyers de retraite, c'est que les gens peuvent vivre dans leurs appartements. . . Je pense que ce sera pire l'an prochain, ou dans deux ou trois ans. Pendant un certain temps, ils ont vendu leurs maisons et se sont fait un bas de laine suffisant pour payer leur séjour en foyer de retraite. Compte tenu de l'effondrement du marché immobilier dans le Sud de l'Ontario, je pense qu'ils vont avoir la vie dure. Pensez un peu aux revenus nécessaires pour habiter dans ces foyers.

M. Cole: Il s'agit donc d'un problème économique, d'après vous.

M. Ruth: Oui, je le pense.

M. Cole: C'est intéressant. Je vous remercie.

Mme Clancy: Je voulais simplement vous remercier.

Le président: Au nom du Comité, je vous remercie beaucoup.

Monsieur Cole, vous avez parlé de vos parents, et je suppose que nous nous trouverons tous dans cette situation un jour ou l'autre. La plupart d'entre nous ont des parents qui vieillissent. Ma mère a 83 ans, elle est en assez bonne

[Texte]

who came through the depression of the 1930s and is still concerned about saving for her old age. She is 83 now, but she is really worried about it. There is a different attitude with younger people. I do not know whether it is the baby boomers or not, Mr. Cole, but there is that attitude.

[Traduction]

santé et conduit encore sa propre voiture, mais elle fait partie des gens qui ont survécu à la dépression des années 30 et elle continue de s'inquiéter de ses revenus de vieillesse. Elle a déjà 83 ans, mais elle est vraiment inquiète au sujet de son avenir. L'attitude des jeunes est tout à fait différente. Je ne sais pas s'il s'agit uniquement de la génération d'après-guerre, monsieur Cole, mais l'attitude est différente.

• 1110

Mr. Cole: Those of us who came before the baby boomers.

Mrs. Clancy: I am sorry, John.

Mr. Cole: All right.

Mrs. Clancy: I will retract that. You are not the baby boomers any more.

Mr. Cole: We will watch.

The Chairman: That is probably one of the nicest things you have been called, Dr. Cole.

Mr. Cole: Yes, in the last little while.

Mrs. Clancy: Especially by me.

The Chairman: However, on behalf of the committee, thank you most sincerely for appearing before us this morning and for your presentation. It was most valuable to this committee. We really appreciate the time you have taken up to be with us.

For the benefit of committee members, we will have a meeting of the committee on Tuesday morning, and I think it is important that all of you be here. There are a number of issues we would like to discuss relative to the work of the committee.

I declare the meeting adjourned.

M. Cole: Ceux d'entre nous qui sont arrivés avant la génération d'après-guerre.

Mme Clancy: Je regrette, John.

M. Cole: C'est très bien.

Mme Clancy: Je retire ce que j'ai dit. Vous ne faites plus partie de la génération d'après-guerre.

M. Cole: Nous verrons bien.

Le président: C'est sans doute le plus beau compliment qu'on vous ait fait, monsieur Cole.

M. Cole: Oui, depuis quelque temps.

Mme Clancy: Surtout de ma part.

Le président: Quoi qu'il en soit, au nom du comité, je vous remercie sincèrement d'avoir comparu devant nous ce matin et de nous avoir présenté vos exposés. Vos renseignements sont des plus utiles à notre comité. Nous vous savons gré de nous avoir consacré tout ce temps.

Pour la gouverne des membres du comité, nous tiendrons une séance mardi matin et il importe que vous soyez tous présents. Il y a certaines questions dont nous devrions discuter au sujet des travaux du comité.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 9:00 a.m.

From the Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine:

Ronald Dugas, President;
Ken Basham, Vice-President.

At 10:00 a.m.

From the Baycrest Centre for Geriatric Care:

Sandra Leggat, Director of Planning;
Sam Ruth, Consultant.

TÉMOINS

À 9 h 00

De l'Association des citoyens avertis pour la médecine préventive:

Ronald Dugas, président;
Ken Basham, vice-président.

À 10 h 00

Du Baycrest Centre for Geriatric Care:

Sandra Leggat, directrice de la planification;
Sam Ruth, consultant.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 43

Tuesday, October 30, 1990
Thursday, November 1, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 43

Le mardi 30 octobre 1990
Le jeudi 1 novembre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, OCTOBER 30, 1990
(52)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:41 o'clock a.m. this day, in Room 209 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White, Stanley Wilbee.

Acting Member present: Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Standing Committee met to discuss future business.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, NOVEMBER 1, 1990
(53)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:13 o'clock a.m. this day, in Room 371 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witness: As individual: Dr. David Naylor, Director, Clinical Epidemiology Unit, Sunnybrook Health Science Centre and Assistant Professor, University of Toronto.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. David Naylor made a statement and answered questions.

At 10:49 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 30 OCTOBRE 1990
(52)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 41, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Robert Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Robert Porter, Brian White, Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Le Comité se réunit pour délibérer de ses travaux.

À 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 1^{er} NOVEMBRE 1990
(53)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 13, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Robert Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Robert Porter, Stanley Wilbee.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoin: À titre personnel: David Naylor, directeur, Unité d'épidémiologie, Centre des sciences de la santé de Sunnybrook, et professeur adjoint, Université de Toronto.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

David Naylor fait un exposé et répond aux questions.

À 10 h 49, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, November 1, 1990

• 0914

The Chairman: Order. Usually I say we have a quorum and pursuant to Standing Order 108(2) the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding. That is usually what I say, but we do not officially have a quorum. I am not going to, in light of the fact that we have Dr. David Naylor here with us this morning, who is on a tight time schedule; we have ordered a cab for him at 10.50 a.m. to get him to the airport to catch a plane I believe at 11.45 a.m.

Doctor, I would like to welcome you here this morning. We look forward to your presentation. In reviewing some of the material you provided us earlier, I think there are topics you will touch on that are of concern to this committee and perhaps areas we have not been hearing from previously from the numerous other witnesses who have appeared before us.

• 0915

We look forward to your testimony. With the approval of the members of the committee, we will continue at this point with an informal hearing. As soon as an opposition member comes we will then have a quorum. I do not want to waste the time of Dr. Naylor or members who have appeared on time.

Dr. Naylor, thank you very much for your appearance this morning. We look forward to your testimony, followed by questions of the members of the committee.

Dr. David Naylor (Director, Clinical Epidemiology, Sunnybrook Health Science Centre, University of Toronto): Thank you very much, Mr. Chairman. I am quite happy to testify in an informal way, since my talk is a fairly informal one.

Having reviewed a little bit of the interim report and deliberations of the committee thus far, I have a sense that there may not be that much I can add, except perhaps a different perspective on rationing and waiting lists and what they mean in the context of a universal health insurance system, and perhaps in the question period some thoughts on the whole issue of the fiscal framework for medicare and the difficult entanglements of the federal and provincial governments in trying to precipitate some kind of management revolution in medicare, which I think is long overdue.

The overall spending picture will be very well known to this committee. These are data that were published in *The New England Journal of Medicine* by Evans, et al. When we compare Canada and the U.S.A., at least as a percentage of GNP we appear to be holding the line on costs better than our American counterparts. There is actually the impression that the cost containment may have been slightly superior since 1971, when all the provinces were participating in the

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 1^{er} novembre 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte. Habituellement, je dis que nous avons le quorum et que en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, le comité poursuit l'étude du Régime de soins de santé au Canada et de son financement. Voilà ce que je dis d'habitude, mais nous n'avons pas officiellement le quorum. Le Dr. David Naylor est ici avec nous ce matin, et il a un horaire plutôt serré; un taxi viendra le chercher à 10h50 pour l'emmener à l'aéroport, où il doit prendre l'avion à 11h45.

Docteur Naylor, je vous souhaite la bienvenue à notre comité. Nous attendons avec impatience votre exposé. En prenant connaissance de certains documents que vous nous avez fait parvenir précédemment, j'ai constaté que vous aborderez certains sujets qui préoccupent notre comité et des domaines que les nombreux autres témoins ayant comparu devant notre comité n'ont peut-être pas abordés.

Nous attendons avec impatience votre témoignage. Si les membres du comité sont d'accord, nous allons maintenant continuer la séance par une audience informelle. Aussitôt qu'un député de l'opposition arrivera, nous aurons le quorum. Je ne veux pas faire perdre leur temps au docteur Naylor ou aux députés qui sont arrivés à temps.

Docteur Naylor, merci beaucoup d'être ici ce matin. Nous attendons avec impatience votre témoignage, qui sera suivi de questions posées par les membres du comité.

Dr David Naylor (directeur, Unité d'épidémiologie clinique, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, Université de Toronto): Merci beaucoup, monsieur le président. Je suis très heureux de témoigner de façon informelle, puisque mon exposé lui-même sera assez informel.

Après avoir pris connaissance du rapport provisoire et des délibérations du comité jusqu'à présent, j'ai l'impression que je ne pourrai peut-être pas ajouter grand-chose, sauf peut-être une perspective différente sur le rationnement et les listes d'attente, et ce que cela signifie dans le contexte d'un régime de soins de santé universel. Et au cours de la période de questions, je vous donnerai peut-être certaines idées sur la question de la structure fiscale applicable à un régime public d'assurance-maladie et sur les difficultés dans lesquelles s'empêchent les gouvernements provinciaux et fédéral lorsqu'ils tentent de précipiter une sorte de révolution dans la gestion du régime public d'assurance-maladie, qui, à mon avis, se fait attendre depuis longtemps.

Votre comité connaît bien la situation globale en ce qui concerne les dépenses. Ce sont des données qui ont été publiées par Evans et al., dans *The New England Journal of Medicine*. Lorsque l'on compare le Canada et les États-Unis, du moins pour ce qui est du pourcentage du PIB, il semble que nous maîtrisons mieux nos dépenses que nos homologues américains. On a en fait l'impression que la compression des coûts est peut-être légèrement supérieure

[Texte]

universal medicare scheme. So we have a very clear-cut differential in terms of costs as a percentage of GNP.

One of the problems with any such calculation is the denominator. That is, that GNP in Canada in undeflated terms has been growing much faster than in the U.S.A., such that you end up with a rather misleading impression of what has actually happened in terms of expenditure growth. Nonetheless, if you stay with that denominator and break things down, you have a clear-cut sense that there are striking differences across virtually every sector: our overheads are much lower; our hospitals take a smaller share of GNP; there are particularly striking differences in terms of what doctors take as a share of GNP. These three are major sectors.

I would emphasize that in terms of overheads, we are talking here about the administrative prepayment costs. Hospitals and doctors have their own overhead costs, which are much lower in Canada, such that some estimates would put the savings to the U.S.A. of adopting our health care system in current terms at about \$50 billion. So we have a system that at least on the overhead side is quite economical.

I will be making the argument that one of the prices for that economy in overheads may well be a lack of information systems, a lack of tracking of expenditures, a lack of management that might go along with more in the way of overheads and investment in acquiring and tracking data.

If we think about health expenditure as a percentage of GNP, I mentioned before that there is a phenomenon of relative under-estimation of our expenditure growth because of the fact that our GNP has accelerated faster than that of the U.S. If you look at any kind of graphic display you have a sense of a fair bit of parallel tracking. Indeed, over the last several years Canadian and American expenditures have tracked upwards at a virtually parallel growth rate; one gets various estimates between 190% and 250%. The bottom line is that there has been parallel growth in undeflated expenditures. That is important to keep in mind, because we are not big winners in the cost containment game.

When we think about what Canada spends on a per capita basis in health care, we have the second most expensive system in the world. It is simply that our GNP has remained reasonably robust. As a percentage of GNP we come about the middle of the OECD rankings, but in actual per capita expenditures we are the second most expensive in the world. That calculation, however, of second most expensive does underscore that the differences in expenditure between Canada and the U.S. are not simply a function of the GNP growth, but are real, and in deflated terms can be shown to exist and currently are on the order of about \$500 U.S. per capita, which is quite striking. So again we have the

[Traduction]

depuis 1971, année où toutes les provinces participaient au régime public d'assurance-maladie universel. Il y a donc une différence très nette pour ce qui est des coûts en pourcentage du PIB.

Le problème avec un tel calcul, c'est, entre autres, le dénominateur, c'est-à-dire que le PIB au Canada en chiffres non corrigés de l'inflation a augmenté beaucoup plus rapidement qu'aux États-Unis, ce qui donne une impression déformée de ce qui s'est vraiment produit en ce qui concerne la croissance des dépenses. Quoi qu'il en soit, si l'on garde ce dénominateur et si l'on fait une ventilation des coûts, on a très clairement l'impression qu'il existe des différences marquantes dans pratiquement tous les secteurs: nos frais généraux sont beaucoup moins élevés; nos hôpitaux prennent une plus petite part du PIB; il y a des différences particulièrement marquantes pour ce qui est de la part du PIB que prennent les médecins. Ce sont les trois principaux secteurs.

Je tiens à souligner qu'en fait de frais généraux, nous parlons ici des coûts administratifs des paiements anticipés. Les hôpitaux et les médecins ont leurs propres frais généraux, qui sont beaucoup moins élevés au Canada, au point que certains estiment qu'en adoptant notre régime de soins de santé, les États-Unis pourraient économiser environ 50 milliards de dollars. Nous avons donc un système qui est assez économique, du moins en ce qui concerne les frais généraux.

Je dois dire cependant que l'un des prix à payer pour cette économie en frais généraux pourrait fort bien être une lacune dans les systèmes d'information, dans le repérage des dépenses et dans la gestion, que permettent les frais généraux et les investissements dans la collecte des données.

Si l'on envisage le coût d'un régime de soins de santé en pourcentage du PIB, j'ai déjà mentionné qu'il y a un phénomène de sous-estimation relative de la croissance de nos dépenses dû au fait que notre PIB a augmenté plus rapidement qu'aux États-Unis. Si l'on regarde n'importe quel graphique, on a l'impression que les deux courbes se suivent. En effet, au cours des dernières années les dépenses du Canada et des États-Unis ont augmenté à peu près au même rythme, les estimations varient entre 190 et 250 p. 100. En réalité, il y a eu une croissance parallèle des dépenses en chiffres non corrigés de l'inflation. Il est important de pas l'oublier, car nous ne sommes pas de grands gagnants sur le plan de la compression des coûts.

En ce qui concerne les dépenses du Canada par habitant pour un régime de soins de santé, notre régime est le deuxième au monde pour l'importance de ses coûts. C'est tout simplement que notre PIB est demeuré raisonnablement robuste. En tant que pourcentage du PIB, le Canada se classe environ au milieu des pays de l'OCDE, mais pour ce qui est des dépenses réelles par habitant, notre régime est le deuxième au monde pour l'importance des coûts. Les différences entre les dépenses du Canada et celles des États-Unis ne sont pas simplement fonction de la croissance du PIB, mais elles sont réelles, et en chiffres corrigés de l'inflation, elles s'élèvent actuellement à environ 500\$US par

[Text]

paradox of the fact that we have universal insurance, universal coverage, we do not have the problems the U.S. has with under-insured and uninsured individuals, yet our expenses per capita are lower.

[Translation]

habitant, ce qui est assez saisissant. Aussi paradoxalement, du fait que nous avons une assurance universelle, une couverture universelle, sans les problèmes des Américains, qui sont insuffisamment ou non assurés; pourtant nos dépenses par habitant sont moins élevées.

• 0920

How is all of this happening? I think that is one of the mysteries health services researchers are starting to address. They are becoming very interested in the differences between the two systems. One of the reasons for looking at these systems in some sort of comparative perspective is the fact that there are lessons for us on the Canadian side that we tend to ignore.

Qu'est-ce qui explique cette situation? C'est un des mystères sur lesquels commencent à se pencher les chercheurs en matière de services de santé. Ils essaient de voir quelles sont les différences entre les deux systèmes. Une des raisons pour lesquelles ils trouvent intéressant de les comparer est qu'il y a des leçons à tirer du côté canadien, leçons qu'on a tendance à ignorer.

There has been an attitude at times of looking south and saying that we have such a wonderful system and the Americans are doing so badly and they can learn so much from us. It is time that we began to think a little about some of the things the Americans are doing well and to use the comparative analyses to gain insights into what we can do better here.

Nous avons parfois tendance à regarder du côté américain, à nous considérer en bien meilleure situation et à penser que nous avons des choses à apprendre aux Américains. Il est grand temps que nous sachions reconnaître ce qu'ils font de bien et que nous menions des études comparatives pour voir exactement où notre système est supérieur.

Our hospitals are, as we know, a paradoxical set of institutions. Supposedly these are public hospitals, but they are actually private, voluntary, non-profit corporations with professional administrators and community trustees. But I think one of the keynote features of the hospital sector is that there is minimal accountability to district health councils. There is, I believe, inadequate accountability centrally to the provincial governments. There is a system in which moneys are transferred through global budgetary mechanisms and the hospitals are more or less left to do whatever they would like to do. Each hospital is I think free to a far greater extent than is desirable in order to try to be all things to all people. We frequently have overlapping services in any region and we have inadequate quality assurance and reporting mechanisms for any kind of central management of the hospital sector.

Nos hôpitaux, comme nous le savons, sont des institutions paradoxales. Ils sont censés être publics, mais en réalité ils sont privés, bénévoles, sans but lucratif, dotés de gestionnaires professionnels et de conseils d'administration communautaires. Ce qu'il y a de plus important encore, c'est que les hôpitaux ont un minimum d'imputabilité vis-à-vis des conseils sanitaires de district. Et l'imputabilité centrale vis-à-vis des gouvernements provinciaux est sûrement inadéquate. Des sommes sont transmises par l'intermédiaire de mécanismes budgétaires centraux, et les hôpitaux les dépensent plus ou moins comme ils l'entendent. Chaque hôpital a une très grande marge de manoeuvre pour ce qui est d'essayer de satisfaire à toutes les demandes. Ce qui fait que les services se chevauchent très souvent à l'échelon régional, qu'il n'y a pas de contrôle de qualité suffisant et qu'il n'y a pas de mécanisme de présentation de comptes en vue d'une administration centrale.

All this is attractive in a way to provincial governments for the simple reason that if one passes over the dollars under the global budgetary system one can then throw up one's hands at the end of the day and say that if there is a problem in the hospital sector it is not the government's fault, because they gave them the money and they did not get on with the job. One hears the same thing about the medical sector.

C'est évidemment très commode pour les gouvernements provinciaux parce que, s'ils financent les hôpitaux à partir d'une enveloppe globale, ils peuvent se défendre en cas de problème; ils peuvent se laver les mains en prétendant que c'est la faute de quelqu'un d'autre, qu'ils ont accordé les fonds nécessaires. Le même manège se produit dans le secteur médical.

Now, there are some oddities about bed utilization. These are data about which the committee may well be familiar with; certainly the research staff will know them. They are published by Roos and Anderson and Newhouse in *Health Affairs, The Under-Utilization for Senior Citizens: Stable in Canada, Falling in the U.S.A.* I am sure the committee is familiar with this story: we use almost twice as many general hospital days for our senior citizens. Our admission rates are similar, but the length of stay is much longer in Canada.

Il y a des anomalies dans l'utilisation des lits. Les données sont peut-être connues du comité, en tout cas elles le sont certainement du personnel de recherche. Elles sont publiées par Roos and Anderson and Newhouse dans *Health Affairs, The Under-Utilization for Senior Citizens: Stable in Canada, Falling in the U.S.A.* Le comité sait ce qui se passe: nous utilisons presque deux fois plus de jours d'hôpital général pour nos personnes âgées. Nos taux d'admission sont comparables, mais la durée des séjours est plus longue au Canada.

[Texte]

Obviously that should mean higher costs in the hospital sector, but you have already heard it does not. The cost differences in the hospitals are in fact quite striking. Again, to emphasize the point that this is not simply artificial and is not related to the faster growth in GNP, in 1985 the U.S. expenditure per capita, not as a percentage of GNP, was 30% higher than Canada's.

On administrative and accounting costs, again the overhead issue is much higher in the U.S.A. Of course some of that is due to the fact that we have global budgeting, we do not have all the paper flow, we do not have the bad debts, and we do not have the collection problems in our hospital sector. But one of the things that concerns me, as I mentioned before, is the notion that along with that whole tracking, billing, and accounting system in the U.S.A. goes the capacity to get a handle on where the dollars are going and the necessity of developing sophisticated information systems that mean the system gets managed and the hospital gets managed in a very tight way.

We are now developing management information systems in Canadian hospitals that link what we do in terms of bed-days and of cost per bed-day, but we are a decade behind the U.S.A. and I think we have to get cracking with much better management information systems in the hospitals.

Now, some of the Ontario data our group has worked up show that certain trends are emerging here that parallel those that have been a problem in the U.S.A. If we talk about inputs per patient-day and per admission, they appear to be rising faster since 1981 as opposed to the period between 1967 and 1981. In other words, the cost spiral is accelerating.

Certainly wages have risen faster in the hospital sector than in other parts of the economy. We are also noting a change in skill mix, and that there is a trading upwards of ever more skilled personnel and of obviously higher wages and more expensive personnel for any given admission. Interestingly, there has also been a rise in use of ambulatory care that has not really led to any particular cost savings and that leads to a bit of a heretical view, and that is that in America they have clearly done much better than we have at shifting the ambulatory care; otherwise the number of hospital days would not have plummeted so nicely. But what they have clearly had happen is a tremendous increase in the intensity of each hospital day. You are simply pouring more into each day the individual spends in hospital and offsetting all your gains from shifting things to the ambulatory sector.

One of my concerns is that in the Canadian health care system this shift to ambulatory care is actually unlikely to yield any overall cost savings, given our current practice patterns. In fact, it may well simply clear hospital beds for more high-intensity days, more surgery, more procedures, and more costs.

[Traduction]

Cela devrait signifier de plus grandes dépenses pour les hôpitaux, mais on sait que ce n'est pas le cas. De fait, la marge pour les dépenses est très marquée. Pour bien marquer que la différence n'est pas artificielle et n'est pas tout simplement liée à une croissance plus rapide du PNB, en 1985, les dépenses per capita aux Etats-Unis, n'ont pas en tant que pourcentage du PNB, été de 30 p. 100 plus élevées qu'au Canada.

Pour ce qui est des dépenses administratives et comptables, elles sont encore une fois beaucoup plus élevées aux Etats-Unis. C'est peut-être dû au fait que nous avons un système de financement global; nous pouvons ainsi nous éviter beaucoup de paperasserie; nous n'avons pas de comptes en souffrance, nous n'avons pas de problème de perception dans nos hôpitaux. Par ailleurs, c'est une question qui me préoccupe, ce système de dépistage, de facturation et de comptabilité tel qu'il existe aux Etats-Unis permet de savoir où l'argent est dépensé, implique un système d'information très au point, qui favorise une gestion beaucoup plus serrée des hôpitaux.

Au Canada, nous mettons actuellement au point des systèmes intégrés de gestion fondés sur le nombre de jours-lits et le coût des jours-lits, mais nous sommes encore dix ans en retard par rapport aux Etats-Unis; nous devons avoir de bien meilleurs systèmes de gestion intégrés pour nos hôpitaux.

Par ailleurs, certaines des données que notre groupe a pu établir pour l'Ontario montrent que certaines tendances qui ont constitué un problème aux Etats-Unis commencent à se manifester ici. Les dépenses par jour-patient et par admission semblent augmenter beaucoup plus rapidement depuis 1981 qu'au cours de la période de 1967 à 1981. En d'autres termes, la spirale des coûts s'accroît.

Les salaires, entre autres, ont augmenté plus rapidement dans le secteur hospitalier que dans les autres secteurs de l'économie. Nous notons également un changement pour ce qui est du degré d'aptitude; le personnel devient de plus en plus qualifié et spécialisé, ce qui contribue également à faire augmenter les salaires ainsi que les coûts du personnel par admission. Il est intéressant de noter que l'accroissement des soins ambulatoires n'a pas entraîné d'économies particulières, c'est quelque peu contradictoire. En effet, les Etats-Unis ont profité plus que nous de la tendance à se tourner du côté des soins ambulatoires; c'est ce qui explique que leur nombre de jours d'hospitalisation a baissé de façon si spectaculaire. Ce qu'ils ont fait, c'est augmenter considérablement l'intensité de chaque journée d'hospitalisation. Cependant, comme les soins sont plus intenses à l'hôpital, ils absorbent les économies réalisées en mettant davantage l'accent sur les soins ambulatoires.

Je crains que la même chose ne se produise au Canada dans le système de soins de santé, si les tendances actuelles se maintiennent, que la tendance à faire appel davantage aux soins ambulatoires ne se traduise pas par une économie globale. Les lits risquent simplement d'être utilisés de façon plus intensive, il risque d'y avoir plus d'opérations chirurgicales et plus d'actes médicaux, et parallèlement les coûts risquent d'être encore plus élevés.

[Text]

[Translation]

• 0925

So whereas the Americans clearly need to control their inputs into each patient bed-day and try to get a handle on their costs, not so much in terms of numbers of bed-days but what they do in each of those days, in Canada we not only need to reduce the number of bed days but we also have to control the inputs per bed-day at the same time.

As a result of the Canada Health Act and obviously the provincial legislation that has matched it, we have no extra-billing. We have standardized fee schedules as negotiated, sometimes imposed, but we also have with that what amounts to the ossification of the prepayment system in the physician sector. In particular, we have fee per item of service, a dominant mode of payment. One of the things I would argue is that the whole medicare system has made it very difficult for us to have any of the movement that we have had in the U.S.A. toward development of alternative forms of payment of physicians.

In particular, if you have an open-ended, first dollar, universal system where doctors can float in and out of the marketplace, open their offices, establish fee-for-service private practice and know that they are going to have full coverage for their services, it is very difficult to establish any kind of competing paradigm in payment when that is the dominant and major mode.

It is interesting when one looks at expenditures on physician services that physician expenditures as a share of GNP is actually plateaued more in Canada than the overall expenditures on health services as a share of GNP. There is a very nice analysis by Victor Fuchs in the September 27 *New England Journal of Medicine* trying to look at some of the reasons why this has occurred. Again, I would imagine the committee has already pulled this and looked at it. If not, it is certainly worth a look.

Some of the data Fuchs cites are pertinent here, and he obviously has more information. But just to talk a little bit about the whole issue of physician earnings and where doctors in Canada fit vis-à-vis those in the U.S.A., if you look down this table, which is based on an article by John Iglehart, one has a sense that there are a couple of clear differences. The first is expenses. Expenses are strikingly higher in the U.S.A. The second is that when one looks at the non-procedural specialties, general practice, internal medicine, pediatrics and so forth, the differences in net income are actually not that great, despite the fact that the grosses are much higher in the U.S.A. It is when you get to the procedural specialties that the big income differentials start to emerge.

So fees are strikingly lower in Canada. Fuchs's findings obviously are something one can pick up simply by picking up any state medical society, looking at their fee schedule and comparing it to any provincial medical association's fee schedule, and incomes are not... So are we simply working harder? Part of it is that there are more services delivered in Canada, there are probably more services that are minor or intermediate in grade.

Donc, si les Américains doivent contrôler leurs dépenses au niveau de chaque jour-lit, non pas tellement pour ce qui est du nombre de jours-lits comme tel, mais pour ce qu'impliquent ces jours-lits, le Canada, pour sa part, doit non seulement en réduire le nombre, mais également en contrôler en même temps le coût.

En vertu de la Loi canadienne sur la santé et des lois provinciales correspondantes, il n'y a pas de surfacturation. Nous avons uniformisé des barèmes d'honoraires, parfois négociés, parfois imposés, mais nous avons en même temps installé une fois pour toutes le système de paiement au préalable au médecin. Nous avons un mode de paiement dominant, qui est le paiement à l'acte médical. Notre système d'assurance-maladie, fait qu'il nous est très difficile d'envisager, comme aux États-Unis, d'autres modes de paiement au médecin.

Avec un système universel de paiement d'avance sans plafonnement, qui permet aux médecins d'entrer sur le marché et d'en sortir, d'ouvrir un bureau, d'établir une pratique privée avec paiement à l'acte et l'assurance d'être rémunéré totalement pour leurs services, il est très difficile d'implanter un système de paiement concurrentiel; le système en place est le système dominant.

Si l'on compare les dépenses pour les services de médecins, et les dépenses pour les services de santé au Canada, il est intéressant de noter que les premières, en pourcentage du PNB, ont plafonné plus que les secondes. Il y a une analyse très intéressante de Victor Fuchs dans l'édition du 27 septembre du *New England Journal of Medicine* sur certaines des raisons qui expliquent cette situation. Je suppose que le comité en a déjà pris connaissance. Sinon, je l'incite à le faire.

Certaines données de l'analyse Fuchs sont pertinentes ici, même si sa perspective est plus large. Pour ce qui est de toutes les questions de revenus des médecins au Canada et aux États-Unis, si vous vous fiez à ce tableau, qui est tiré d'un article de John Iglehart, vous pourrez constater qu'il y a des différences très nettes. La première a trait aux dépenses. Les dépenses des médecins sont nettement plus élevées aux États-Unis. Deuxièmement, pour ce qui est des médecins consultants, des omnipraticiens, des spécialistes de médecine interne, des pédiatres et autres, les revenus nets ne sont pas tellement éloignés, même si les revenus bruts sont beaucoup plus élevés aux États-Unis. C'est avec les médecins traitants que les plus grandes marges se constatent dans les revenus.

Donc, les honoraires sont nettement moins élevés au Canada. On peut vérifier les données de Fuchs en comparant les barèmes d'honoraires de la société médicale de n'importe quel État américain à ceux d'une association médicale provinciale du Canada; les revenus ne sont pas... Travaillons-nous plus fort ici? Une partie de l'explication est que au Canada nous donnons plus de services mineurs ou intermédiaires.

[Texte]

Fuchs has documented more procedures as well, but I think it is important to note that he did not distinguish the level of procedure, so that lumped in there could be everything from wart removal to coronary bypass surgery. If one looks at the major surgery profiles it would appear that we do more minor procedures in Canada, but on the major surgical procedures we actually do substantially less.

I suspect that our doctors may well be working harder in terms of the minor things they do. The major reason the incomes are not lower is really a function of several things. One of them is that the American averages are pulled down a little bit by the growth of alternatives to fee for service, the growth of the salaried sector and HMOs and similar organizations that exert some leverage on medical incomes.

These average and medium incomes, if you look at general surgery alone, that is \$50,000 on average below that found for the overall fee-for-service sector in the U.S.A. Clearly there are differences in the HMO sector. Doctors are trading security and the whole ambiance in reduced call schedule, lifestyle of the HMO sector as opposed to taking the risks in the fee-for-service sector that lead to a lot of work in start-up phases.

In summary, the higher fees in the U.S. are not leading to higher incomes, because number one, very important, higher collection and administration costs, and number two, major differences in malpractice premiums. We have a real hidden savings, in that we have contained the growth of malpractice premiums and the growth of the whole medical legal nightmare and some growth of third-party-payer power, about which more a little later, and growth in the salaried or HMO sector.

So doctors here are not doing badly under medicare. They remain between about four and five times the national average of wages and salaries, and that has occurred despite the fact that our physician manpower has burgeoned. That is also grounds for concern and takes me back to this issue of management in an unmanaged system.

The keynotes again could be said to be private practice and public payment. We have doctors who are state-dependent contractors but they are out in private practice on a fee-for-service basis, open-ended, doing what they want, where they want it, and how they want it, without any clear management. We have hospitals that are capped by a global budgetary system, but again no real sense of what the management is at any central level, no real co-ordination, and cost control occurring by blunt fiscal tools only, in which we are capping the amount of money we flow to the hospitals and the amount of money we flow to the doctors but really not managing the dollar flow.

If you think about managed care and the American fee-for-service sector and what actually goes on, there are mandatory second-opinion programs; there are usual, customary, and reasonable fees charged; there are prospective

[Traduction]

Fuchs en est arrivé à un plus grand nombre d'actes également, mais il n'a pas fait la distinction entre les catégories d'actes, de sorte que les opérations pour enlever les verrues sont probablement assimilées au pontage coronarien. En examinant les dossiers de chirurgie majeure, nous pourrions constater qu'au Canada nous effectuons plus d'opérations mineures, mais moins d'opérations majeures.

Nos médecins font donc probablement peu d'actes mineurs. La principale raison pour laquelle les revenus ne sont pas plus bas en comparaison est multiple. Entre autres, les moyennes américaines sont abaissées quelque peu à cause de l'émergence des systèmes autres que le système de paiement à l'acte, du secteur salarier et des organisations de préservation de la santé ainsi que des organisations semblables qui influent sur la moyenne des revenus médicaux.

Ce sont des revenus moyens, par rapport à la chirurgie générale seulement, c'est 50,000\$ de moins en moyenne que pour le secteur global du paiement à l'acte aux États-Unis. Il existe certainement des différences pour les organisations de préservation de la santé. Les médecins préfèrent la sécurité, le rythme plus lent des organisations de préservation de la santé, aux risques et aux pressions du secteur de paiement à l'acte en particulier dans la phase initiale.

Donc, des honoraires plus élevés aux États-Unis ne se traduisent pas nécessairement par des revenus plus élevés, d'abord à cause des frais de perception d'administration, deuxièmement à cause des primes d'assurance en cas de poursuite pour faute professionnelle. Nous avons des économies cachées réelles, en ce sens que nous avons pu ralentir la croissance de l'assurance contre les fautes professionnelles et des poursuites des médecins de façon générale, une certaine croissance de la puissance des tierces parties payantes, j'y reviendrai un peu plus tard, et la croissance du secteur salarier et des organisations de préservation de la santé.

Les médecins s'en tirent donc assez bien avec ce système. Le revenu est toujours quatre ou cinq fois plus élevé que la moyenne nationale bien que le nombre de médecins ait beaucoup augmenté. Cela est également une source de préoccupations et nous ramène à la question de la gestion de ce système si mal géré.

Encore une fois, les points importants sont la pratique privée et le financement public. Nos médecins sont des entrepreneurs dépendant de l'État, qui font également de la pratique privée, pour laquelle ils sont rémunérés à l'acte, sans plafonnement. Ils font ce qu'ils veulent, où ils le veulent et comme ils le veulent, manifestement sans gestion. Le budget de nos hôpitaux est plafonné, mais il n'y a pas vraiment de gestion centralisée, aucune réelle coordination. Pour réduire les coûts, nous utilisons des instruments fiscaux primitifs, en plafonnant les sommes consenties aux hôpitaux et aux médecins, sans vraiment gérer cette circulation d'argent.

Parlons maintenant de la gestion des soins, du système américain de rémunération à l'acte. Voici des exemples. Il y a des programmes rendant obligatoire l'avis d'un deuxième médecin. Les frais demandés sont habituels et raisonnables.

• 0930

[Text]

case-mix-based payments for hospital rather than global budgets, so you get paid according to what the case-mix group is on a prospective basis reflecting intensity of service; there are case managers; there is pre-service authorization so you do not get admitted to hospital until your case has been vetted and there is a clear sense that something appropriate is being done; there is publication of outcomes data so you have a sense of how good your surgeon is measured against others, obviously an area that can be abused if it is not adjusted for case mix and severity, but at least consumers have access to that kind of data; and there is also an awful lot of medical legal management, which is management by the back door and unfortunate, in that there is a defensive pattern of practice that is undesirable.

Nonetheless, these trappings of managed care I referred to are very important because we can learn from them and we can develop ways to manage our physician sector that are far superior to the open-ended way we do it now.

One of the savings in the Canadian physician sector is actually the predominance of general practitioners. In the U.S., about two-thirds of primary care is delivered by specialists, general internists. We have been fortunate in Canada to keep a strong family practice sector. The majority of the primary care in this country is still done by general practitioners. I suspect that there are major savings there, and Fuchs's analysis suggest there could well be, but that remains a hypothesis that needs a lot more analysis and testing.

One of the unfortunate features, though, is that we have very limited use of paramedical personnel still. The Burlington trial of the nurse practitioner ten or fifteen years ago showed that patients could be happy with a nurse practitioner, that we could expect substantial savings if we could substitute paramedical personnel under medical supervision and deal with the primary care sector that way. We have done nothing about that. We continue, as I said before, to have predominantly a fee-for-service primary care sector. We have a fair bit of formal group practice. We have networks that are informal as well, but really less than 5% of the population receives its primary care outside the fee-for-service sector.

In contrast, in the United States of America there has been a definite growth in management alternatives to fee-for-service that involve sharing of risk by consumers and providers and that also allow some horizontal and vertical integration, and these are obviously the HMOs of various kinds. Shown here is the growth in the enrolment in the HMOs from 1970 through 1984, very rapid growth.

Again, in the last five years alone there appears to be tremendous growth with a doubling of the total enrolment, but unfortunately there is a hidden story behind these statistics. The growth in true HMOs is plateauing. "True HMOs" here implies salaried managed care, contracts, sharing of risk between consumers and providers, and integration into the hospital sector, as opposed to fee-for-service networks and similar alternative forms of HMO. The

[Translation]

Les fonds accordés aux hôpitaux sont fonction des patients éventuels. Il ne s'agit pas d'un budget global, mais de fonds proportionnelles au niveau de services requis pour des patients éventuels. Il y a des responsables de gestion de cas. Il faut une autorisation pour les interventions: l'admission à l'hôpital ne se fait que si le dossier a été approuvé et qu'il a été déterminé que l'intervention était nécessaire. On publie des données sur les résultats des interventions, ce qui permet de savoir comment se compare un chirurgien aux autres. Il peut évidemment y avoir des abus si ces données ne sont pas pondérées en fonction des cas et de leur gravité. Il reste que les consommateurs ont accès à ces données. Il y a également beaucoup de gestion juridique de la médecine, un type de gestion surnois et malheureux: c'est une pratique défensive de la médecine qui n'est pas souhaitable.

Il reste que ces aspects de la gestion des soins dont je viens de parler sont très importants. Nous pouvons en effet apprendre de ces méthodes et créer au Canada des méthodes de gestion de la médecine qui seraient certainement supérieures à l'actuelle gestion sans plafonnement.

L'un des bons points du secteur de la médecine au Canada, c'est la prédominance des omnipraticiens. Aux États-Unis, environ deux tiers des soins primaires sont fournis par des spécialistes. Le Canada a la chance d'avoir conservé un bon nombre de médecins de famille. Ce sont eux qui fournissent la majorité des soins primaires au pays. Je soupçonne qu'il en résulte d'importantes économies. C'est du moins ce qu'on peut en déduire de l'analyse de Fuchs, mais c'est une hypothèse qui reste à vérifier et analyser.

Par contre, nous recourons trop peu au personnel paramédical. Souvenez-vous du procès, à Burlington, d'une infirmière praticienne, il y a 10 ou 15 ans. On avait démontré que les patients pouvaient être très satisfaits avec une infirmière praticienne et qu'on pourrait beaucoup économiser si l'on recourait davantage à du personnel paramédical, sous surveillance des médecins, pour le secteur des soins primaires. Nous n'en avons rien fait. Comme je l'ai dit précédemment, le secteur des soins primaires est toujours dominé par les médecins rémunérés à l'acte. Nous avons un peu de clinique de groupe. Il y a également des réseaux non officiels, mais en fait, moins de 5 p. 100 de la population est traitée hors du secteur de rémunération à l'acte.

Si l'on compare avec les États-Unis, on voit qu'il y a eu là-bas une nette croissance de nouveaux types de gestion, comprenant notamment le partage des risques par les consommateurs et les fournisseurs. Il y a également un peu d'intégration horizontale et verticale, surtout évidemment dans les diverses organisations de préservation de la santé «HMO». On voit sur ce tableau la très rapide croissance du recrutement de ces organisations de 1970 à 1984.

Cette croissance ne s'est pas interrompue puisqu'au cours des cinq dernières années, l'effectif a doublé. Il y a malheureusement l'autre côté de la médaille au sujet de ces statistiques. La croissance des HMO véritables a atteint un plateau. Dans une véritable HMO, les soins sont fournis et gérés par des salariés, ou par contrat, avec un partage des risques entre les consommateurs et les fournisseurs, une intégration avec le secteur hospitalier. C'est ce qui les

[Texte]

annual growth rate in 1988 in the true HMOs was only 3.5%, and in 1989 it was down to 1.7%.

The inter-study group for the experts on the HMO patterns in the U.S.A. have reported that the major growth is in so-called open-ended HMOs. Consumers appear to be opposed to the restrictions in HMOs that limit their choices of doctor and choices of hospital, and employers are moving to managed care by other means. One of the lessons here is why we have such high satisfaction ratings in Canadian medicare.

• 0935

The open-ended fee-for-service system leads to mismanagement, misallocation of resources, and a lot of problems, but it is also a system in which consumers are going to be happy, because they can float through it—they have a lot of autonomy and a lot of choice. We are accordingly ranked number one in a recent ten-nation survey in user satisfaction with the system. In this instance it is very difficult to have your cake and eat it too, and what we are seeing in America is that some of the managed care imperatives are impinging on consumer satisfaction and a counter-revolution is occurring.

In terms of manpower and distribution, I mentioned earlier that we have had tremendous growth in the numbers of physicians. The manpower data sources in this country are numerous. You can look through some of them and be left with conflicting impressions. It is very hard to pin down any one sector. The CMA data bank has tried to do some serious validation with the community of practitioners. It is going sector by sector and getting better numbers, but it remains a bit of a disappointing morass in terms of pinning down what exactly is occurring with physician manpower. This is more evidence of the lack of information, the lack of management data in the system nationally or provincially.

We do know that we have had a tremendous growth in the output of medical graduates, similar for each country—47% and 50%. We know that in both cases the growth in medical manpower has vastly outstripped population growth. We know, as I mentioned earlier, that this has occurred without the development of substitution, without the occurrence of any growth in the paramedical manpower pool that would allow substitution for physician services, and both countries have about one active MD per 500 persons, but that is a very difficult figure to pin down in any meaningful way. Some would say Canada is at one to 525 and the U.S. at one to 500.

All I can say is the following. There has been tremendous growth. Incomes have remained relatively the same. Something clearly is going on; that something is rising fees but also rising utilization per capita. Again the Catch-22: if

[Traduction]

distingue des réseaux où il y a rémunération à l'acte et des autres types d'organisations de préservation de la santé. Pour les HMO véritables, le taux de croissance annuelle en 1988 n'a été que de 3,5 p. 100 et en 1989, à peine de 1,7 p. 100.

Le groupe interdisciplinaire sur l'évolution des organisations de préservation de la santé aux États-Unis a rapporté que la croissance la plus importante avait été celle des organisations «ouvertes». Les consommateurs semblent s'opposer aux restrictions des HMO dans le choix des médecins et des hôpitaux. Les employeurs recourent donc à d'autres types de gestion des soins de santé. On peut en retenir que c'est la raison du haut taux de satisfaction dans le régime canadien de soins de santé.

Le système de rémunération à l'acte sans plafonnement cause de nombreux problèmes, dont une mauvaise gestion et une mauvaise répartition des ressources. Mais par ailleurs, dans ce régime, les consommateurs sont satisfaits, parce qu'ils sont libres, autonomes et parce qu'ils ont le choix. C'est pourquoi dans un sondage sur la satisfaction des patients, notre régime arrive au premier rang de 10 pays. On ne peut pas tout avoir, et aux États-Unis, les impératifs de la gestion des soins nuisent à la satisfaction de la clientèle. C'est pourquoi il y a un retour du balancier.

Pour ce qui est de la main-d'oeuvre et de sa répartition, j'ai dit plus tôt qu'il y avait une forte croissance du nombre des médecins. Les sources de données relatives à la main-d'oeuvre sont nombreuses au pays. En étudiant quelques-unes d'entre elles, on peut avoir l'impression de contradictions. Il est difficile de déterminer un seul facteur. Pour la banque de données de l'AMC, on a tenté d'arriver à des données sérieuses sur les médecins. On regroupe les médecins par secteur et on arrive à des chiffres plus exacts. Ces statistiques ne peuvent toutefois pas nous être utiles pour savoir ce qui se passe exactement avec la main-d'oeuvre médicale. Cela ne fait que prouver le manque de données et de gestion des données tant au plan national que provincial.

Nous savons toutefois qu'il y a eu une très forte croissance du nombre de diplômés dans les deux pays, 47 p. 100 et 50 p. 100. Nous savons également que dans les deux cas, la croissance de la main-d'oeuvre a largement dépassé la croissance de la population. Comme je l'ai dit plus tôt, nous savons également que cela s'est produit sans qu'il y ait substitution, sans qu'il ait augmentation du bassin de professionnels paramédicaux qui pourraient donner des services actuellement fournis par des médecins. Dans les deux pays, il y a environ un médecin pour 500 habitants, même si ce chiffre ne veut pas vraiment dire grand-chose. On pourrait dire qu'au Canada il y a un médecin pour 525 habitants, tandis qu'aux États-Unis, il y en a un pour 500 habitants.

Je peux tout de même dire ceci: il y a eu une très forte croissance. Les revenus sont restés relativement les mêmes. Il y a donc quelque chose qui se produit: les honoraires augmentent, mais également l'utilisation per capita. Voilà

[Text]

medicare was supposed to mean more services and better access to them for the Canadian public, we are clearly getting that, but the price for it in an open-ended fee-for-service system, especially with relatively unmanaged hospitals, is lack of cost control.

Another point about manpower and distributional issues—we have really inadequate planning in terms of projecting and making sensible decisions about where we should go with expanding or curtailing enrolment by region, and we have a persisting maldistribution problem. Some of John Horne's data, which the committee will be familiar with, suggest that there is a bit of a trickle-down effect. As you jack up the physician manpower and the numbers, there appears to be a bit of redistribution, but it is not impressive. In Quebec we are into the situation of the carrot and the stick in terms of physician fees. British Columbia, as you know, has had a recent set-to trying to push through legislation to eliminate billing numbers for new individuals in overserved areas.

The bottom line is that we are still groping and grappling with the problem of how to redistribute physicians. This takes me back to the whole issue of private practice, a fee-for-service framework, an open-ended, unmanaged system that is really based on the notion of independent contractors. They are state-dependent in an economic sense but open-ended and independent in the other senses. There are advantages; there are disadvantages.

These are data from British Columbia, which Morris Barer and his group have put together. The same story occurs in every single province. This utilization issue is one reason why physician incomes have remained at their consistent historical level over the last ten years or so, despite the tremendous growth in physician manpower.

According to standard supply and demand thinking, the income should be coming down, but in fact the number of services per capita has been going up. If you deflate the physician fees and try to create a level playing field, and this is comparing 1974-75 to 1985-86, the solid lines being 1985-86, you see very clearly that the number of services per capita, holding the fees as constant as you can, is clearly going up—this is the utilization factor. Provincial governments worry about it, they talk about it, they try to take it into account in fee negotiations. The bottom line is they are doing nothing on the management side to control it or deal with it. It is not surprising that if you create a system of open-ended incentives for both consumers and providers, you are going to see this occurring.

It occurs sector by sector: less so in general practice, clearly present in internal medicine and its sub-specialties, a little less so in surgery, quite clearly there in radiology and pathology. The intriguing thing here that Barer and colleagues have pointed out in a CMAJ article published last year, which I had the privilege to review, is that there is definitely a striking growth among the elderly. We see this pattern. We see in coronary surgery, for example, the shift in utilization towards the older population.

[Translation]

encore le fameux dilemme: le régime de soins de santé était censé permettre aux Canadiens davantage de services et un meilleur accès à ces services, ce qui a été obtenu. Mais il y a un prix à payer: un système de rémunération à l'acte sans plafonnement, des hôpitaux relativement mal gérés et un coût incontrôlé.

Il y a autre chose au sujet de la main-d'oeuvre et de sa répartition. Nous n'avons pas suffisamment de planification à long terme et nous ne prenons pas de bonnes décisions sur l'augmentation ou la réduction du recrutement par région. Le problème de la mauvaise répartition régionale persiste. D'après les données de John Horne, que votre comité connaît sans doute, il semble avoir un effet très lent. À mesure qu'on augmente le nombre de médecins, il y a une redistribution, mais elle n'est pas marquée. Au Québec, pour les honoraires, nous en sommes encore à la carotte et au bâton. Comme vous le savez, en Colombie-Britannique, il a fallu adopter une loi pour éliminer certains numéros de facturation dans les régions où il y avait déjà trop de médecins.

En gros, nous ne savons toujours pas comment résoudre le problème de la répartition des médecins. Cela s'inscrit encore dans ce que je disais: le problème de la pratique privée, de la structure de rémunération à l'acte, d'un régime sans plafonnement, mal géré reposant sur le concept d'entrepreneurs indépendants. Les médecins dépendent en fait de l'État au point de vue économique uniquement. Il y a des avantages à ce régime, mais également des inconvénients.

Voici les données de la Colombie-Britannique, recueillies par Morris Barer et son équipe. La même chose se produit dans les autres provinces. L'utilisation des services est l'une des raisons pour lesquelles le revenu des médecins est demeuré au même niveau historique au cours des 10 dernières années, malgré la grande augmentation du nombre de médecins.

En vertu des lois de l'offre et de la demande, le revenu devait baisser, mais en fait, le nombre de services par patient a augmenté. Si l'on fait baisser les honoraires des médecins pour créer une égalité partout et que l'on compare les statistiques de 1974-1975 à celles de 1985-1986, les lignes pleines représentant 1985-1986, on voit clairement que le nombre de services par patient, en conservant les mêmes honoraires, comme vous le voyez, augmente très nettement. C'est le facteur de l'utilisation des services. Les gouvernements provinciaux s'en inquiètent, ils en parlent, ils tentent d'en tenir compte dans les négociations d'honoraires. Il reste qu'on ne fait rien en matière de gestion pour régler le problème. La situation ne devrait pas nous étonner puisqu'on a créé un régime qui ne posait pas de limite et encourageait à la fois les consommateurs et les fournisseurs.

Examinons le tableau secteur par secteur: on le voit moins chez les omnipraticiens, c'est nettement vrai pour la médecine interne et ses sous-spécialités, un peu moins pour la chirurgie, mais certainement le cas en radiologie et en pathologie. Une chose surprenante, soulignée par Barer et ses collègues dans un article publié l'an dernier dans le journal de l'AMC, que j'ai eu l'honneur de réviser, c'est qu'il y a une croissance très marquée chez les personnes âgées. C'est une nette tendance. Par exemple, la chirurgie coronaire est de plus en plus utilisée par des personnes âgées.

[Texte]

[Traduction]

• 0940

There are a number of concerns. One of them is we have a demographic bulge occurring, in that the numbers of elderly are getting larger. We know that in terms of the shift of that demographic bulge Canada lags behind many other countries. It is not going to be a huge problem, but it is something to be addressed, particularly with these utilization patterns emerging.

The other issue of course is what are we getting for our dollars here? What are our seniors getting for their dollars? Are their lives being improved, or are they being medicalized? Is there an iatrogenic disease buried in here? Who knows?

All of this underscores a point I have made a couple of times so far. It is that we have nothing to be complacent about in terms of cost control. We are spending 8.6% or more of our GNP; someone said it is up to 9% now. The provinces are spending a tremendous amount. In Ontario, if we look at the consumer price index, we see that growth in ministry spending on health care has vastly outstripped the consumer price index, and there appears to be an accelerating divergence. There is nothing to be happy about in terms of the cost containment picture in Canadian health care.

I want to shift over a little bit to talk about rationing, because when you presuppose that the dollars are limited, that we cannot go on spending, and when you look at the fact that demand appears to be limitless, you suddenly come up against the notion of health care rationing. An emotional word, it is bandied about, and everyone gets perturbed. I want to try to demystify if I can and to some extent take out some of the emotional connotations of rationing, because I am not sure there is any system in the modern world that does not ration health care one way or another. It appears to me that the inevitability of rationing and the way we approach are going to be critical to the management decisions we make.

Health care rationing can be thought of as limits on the availability of beneficial interventions. I want to highlight "beneficial", because it seems to me that the one thing we do not know in modern medicine is what is beneficial and what is not.

Seventy percent of the things we do have never been subjected to any kind of randomized controlled trial. A great deal of what we do day in and day out is never looked at critically. We have relatively little in the way of quality assurance mechanisms to make sure that the costs and benefits outweigh the risks, and overall, when you start to think critically about what is beneficial you quickly come to the conclusion that we could strip away a great deal of

Il y a plusieurs problèmes à envisager dans ce contexte, l'un d'entre eux étant cette bulle démographique résultant de l'augmentation du nombre de personnes âgées. Nous savons que ce problème ne sera pas aussi grave au Canada que dans beaucoup d'autres pays, mais nous ne pourrions quand même pas le négliger, surtout à cause de l'effet qu'il commence à avoir sur les taux d'utilisation des services.

L'autre problème consiste à savoir ce que les personnes âgées obtiennent vraiment pour l'argent consacré à ces services de santé. Autrement dit, ces dépenses permettent-elles vraiment d'améliorer leur vie ou simplement de la médicaliser? N'y a-t-il pas là une maladie iatrogène dont nous n'aurions pas conscience?

Tout cela ne fait que confirmer ce que j'ai déjà dit à plusieurs reprises, à savoir que nous n'avons aucune raison de relâcher notre vigilance en ce qui concerne le contrôle des coûts. Nos dépenses de santé représentent actuellement 8,6 p. 100 de notre PNB, et quelqu'un a même dit que nous avions atteint 9 p. 100. Les provinces consacrent des sommes énormes à ce secteur. Si vous examinez l'indice des prix à la consommation en Ontario, vous constaterez que la croissance des dépenses publiques de santé est largement supérieure à celle de l'indice des prix à la consommation, et que l'écart semble se creuser d'année en année. Nous n'avons donc aucune raison de nous réjouir pour ce qui est de la maîtrise des coûts du réseau canadien de services de santé.

Je voudrais maintenant aborder brièvement la question du rationnement des services, car, si l'on tient pour acquis que les ressources disponibles sont limitées et qu'on ne peut pas constamment augmenter les dépenses, alors que la demande semble être illimitée, on est inévitablement confronté à l'idée du rationnement des services de santé. Notion qui déchaîne les passions, sans aucun doute, et qui suscite beaucoup d'inquiétudes. Je voudrais m'efforcer ici de la démystifier et d'en éliminer dans une certaine mesure les connotations émotives, car je ne suis pas convaincu qu'il existe à l'heure actuelle un seul système de santé au monde qui ne rationne pas les services d'une manière ou d'une autre. Il me semble que le rationnement est inévitable et que la manière dont nous y prendrons pour le mettre en oeuvre sera un élément critique pour l'avenir.

On peut considérer que le rationnement des services de santé consiste à imposer des limites à la disponibilité des interventions bénéfiques. J'insiste sur l'adjectif «bénéfique», car il me semble que s'il y a une carence grave dans la médecine moderne, c'est notre incapacité à faire la différence entre ce qui est bénéfique et ce qui ne l'est pas.

Soixante-dix pour cent des choses que nous faisons n'ont jamais été évaluées dans le cadre d'essais contrôlés randomisés. Beaucoup des choses que nous faisons quotidiennement ne sont jamais analysées d'un oeil critique. Nous avons fort peu de mécanismes de contrôle de la qualité qui nous permettraient de garantir que les avantages globaux des interventions sont supérieurs aux risques. Si l'on veut bien se demander sérieusement ce qui est bénéfique, on

[Text]

modern medicine and be left with a very disturbingly small nubbin of services that are proven to be beneficial to patients. This is part of the problem in deciding what really is rationing and what is not.

I would also argue that all goods and services are rationed except in the imaginary universe inhabited by first-year economics students, who are busy trading xylophones for yaks against zebras on indifference curves, and in point of fact you are going to ration by price mechanisms, you are going to ration by non-price mechanisms, but somehow or other you are going to make tough allocative decisions, and that is the reality.

The U.S. is sometimes held up as a paradigm in terms of the fact that there are no waiting lists. Of course there are no waiting lists because there is grotesque price rationing. It is done implicitly and informally. There are 37 million without insurance, 50 million who are under-insured, and they are still spending 11.6% of their GNP on health care. There is price rationing all over the place.

Non-price rationing in Canada occurs on the basis of availability and queue. The bottom line is that there is non-price rationing in every single health care system I know of. Be it partially private, mostly private, or entirely public, rationing of some kind occurs.

Why would non-price rationing in the Canadian model actually have some advantages? The obvious one is that if you ration services by queue or by waiting list, you at least have the ability to put the most needy patients to the head of the queue, and that is very important. You will never get that in a system based on price rationing. If you put in user fees, you are unlikely to get it as well. I will talk a little bit about user fees, because they are an attractive option in some senses, but there are problems with them, as I am sure the committee is aware.

Queues, provided they are not too long, provided they are not imposing a tremendous burden on patients and providers to ration and play God, are not necessarily a terrible thing. In fact, I would argue here an old adage from operations research. Operations researchers sometimes say if you have never missed an airplane you have been spending too much time in airports. I am going to say something a bit provocative here, and I am going to argue that if you have never had a death on a waiting list then you have been killing patients with unnecessary surgery, because you have too many facilities, you have operating rooms that are sitting idle, and you are going to have the old phenomenon of the devil's workshop—idle hands are idle minds.

[Translation]

arrive rapidement à la conclusion qu'on pourrait se débarrasser d'une bonne partie de la médecine moderne pour se retrouver, chose très troublante, avec un très petit noyau de services dont les effets bénéfiques pour les patients ont été prouvés. Or, ce facteur se situe au coeur même du problème du rationnement.

Je vais même jusqu'à affirmer que tous les biens et services sont rationnés, sauf dans l'univers imaginaire qu'habitent les étudiants en première année d'économie qui passent leur temps à s'échanger des xylophones contre des yacks et des zèbres pour analyser des courbes d'indifférence. En fait, on fait du rationnement par les prix et par d'autres mécanismes et, d'une manière ou d'une autre, cela signifie qu'on prend des décisions difficiles de répartition de denrées rares, ce qui est la réalité.

Les États-Unis sont parfois cités en exemple pour le fait qu'il n'y existe pas de listes d'attente, mais cela ne saurait surprendre puisqu'il existe dans ce pays un mécanisme de rationnement grotesque par les prix. C'est un mécanisme implicite et informel. Trente-sept millions d'Américains n'ont pas d'assurance médicale, 50 millions ont une assurance insuffisante, et cela n'empêche pas la collectivité nationale de consacrer quand même 11,6 p. 100 de son PNB aux services de santé. Aux États-Unis, le rationnement par les prix est hypergénéralisé.

Au Canada, le rationnement ne se fait pas par les prix, mais par la disponibilité des services et les listes d'attente. En fin de compte, il existe un système de rationnement, mais pas par les prix, dans tous les réseaux de services de santé que je connais. Qu'il s'agisse de réseaux partiellement privés, généralement privés ou complètement publics, il y a une forme ou une autre de rationnement.

Le mécanisme canadien de rationnement par autre chose que les prix présente-t-il certains avantages? Le plus évident est que le rationnement des services par des listes d'attente offre au moins la possibilité de placer les cas les plus urgents en tête de liste, ce qui est très important. Il n'est absolument pas possible de le faire dans un système de rationnement par les prix. Même chose si l'on adopte un système de ticket modérateur. Je reviendrai plus tard sur le ticket modérateur, car c'est une option attrayante, à certains égards, mais qui n'est pas non plus dépourvue de problèmes, comme vous le savez probablement.

Les listes d'attente ne sont pas nécessairement une mauvaise chose, à condition qu'elles ne soient pas trop longues et qu'elles n'imposent pas de fardeau excessif aux patients et aux fournisseurs de services. En fait, je voudrais faire ici un parallèle avec une vieille maxime des chercheurs opérationnels, qui disent parfois que si quelqu'un n'a jamais raté un avion, c'est parce qu'il passe trop de temps dans les aéroports. Par analogie, et ceci va sans doute vous choquer un peu, j'irais jusqu'à dire que s'il n'y a jamais eu de décès parmi les patients des listes d'attente, il faut en conclure qu'on a tué des patients avec des opérations chirurgicales inutiles, car cela signifie qu'on a trop d'équipements et trop de salles d'opérations inutilisées. Autrement dit, c'est toujours la vieille histoire de l'atelier du diable, où l'on a trop de mains et d'esprits oisifs.

[Texte]

• 0945

I would argue that an efficient system from time to time causes queues, and part of the management challenge is making sure queues are kept to a reasonable length. Another management challenge is making sure queues are set up on the basis of need rather than other unsavoury influences.

The second two items on this slide refer to other ways people have talked about allocating care. There is talk of somehow allocating care by merit. It is virtually impossible to do that. We somehow just set up a stratum whereby citizens are ranked in terms of their contribution to society—this is not possible. It used to be talked about with respect to organ transplantation. It does not make sense. In fact we have information and connections, and things end up being rationed on a parallel basis.

Others have suggested rationing care according to lottery. Again, this applies mostly to lifeboat ethics situations of organ transplantation. One of the paradoxes is that there is a tremendous amount of rationing by lottery implicit in Canadian health care—it occurs simply by fate.

Why is it occurring? It is occurring because we do not form queues on the basis of need. It is occurring because we do not manage the system and we do not know where the shortfalls are. It is occurring because we do not know what the small area surgery rates and small area variations are. It is occurring because we have individuals who live in the north who have problems getting access to care.

All over the Canadian system there is rationing by fate, by lottery, by random chance, by random variation. That is a reflection of any health care system, but it is also a reflection of a grossly unmanaged system.

Between 1920 and 1971 there was price rationing on the basis of income and access to care, but we were talking about a different brand of medicine then and it probably was not too egregious. The old adage about doctors and hospitals looking after the poor, while oversold and sometimes part of anti-medicare mythology, nonetheless has an undeniable kernel of truth in it.

Between 1972 and 1984 there was what I would call invisible non-price rationing. There is non-price rationing in every system, it was just less visible at that period in time. In the last five years we have seen the emergence of painfully visible and obvious non-price rationing, with waiting lists, media coverage of deaths on waiting lists, comparisons showing the lack of availability of certain advanced technologies relative to our American neighbour, and so on.

[Traduction]

Je vais jusqu'à dire qu'un système efficient doit de temps à autre produire des listes d'attente et que la responsabilité des gestionnaires consiste en partie à veiller à ce que ces listes d'attente ne soient pas trop longues. Il s'agit en outre de veiller à ce qu'elles soient établies en fonction des besoins plutôt que d'autres facteurs désagréables.

Les deux autres éléments que je tiens à évoquer sont reliés à d'autres commentaires qui ont été formulés au sujet de la répartition des soins. D'aucuns disent qu'il faut répartir les soins en fonction du mérite, mais c'est pratiquement impossible à faire. Il faudrait instaurer un mécanisme permettant de classer les citoyens en fonction de leur contribution sociale, ce qui n'est pas possible. C'est une chose dont on parlait autrefois dans le cadre des transplantations d'organes, mais cela ne tient pas debout. En fait, nous avons une structure d'informations et de connections, qui amène un rationnement en parallèle.

D'autres recommandent de rationner par loterie, ce qui revient en fin de compte à appliquer une simple éthique de survie aux décisions de transplantation d'organes. L'un des paradoxes de ce phénomène est que le réseau canadien de service de santé comprend déjà, à un degré considérable, un système de rationnement par loterie, c'est-à-dire par le hasard.

Pourquoi cela? Parce que nous ne constituons pas les listes d'attente en fonction des besoins. Parce que nous ne gérons pas le système et que nous ne savons pas où il y a des carences. Parce que nous ne connaissons pas les taux d'interventions chirurgicales dans des petits ensembles, et que nous ne connaissons pas non plus les variations d'un ensemble à un autre. Parce que nous avons des citoyens qui vivent dans des régions éloignées et ont difficilement accès aux services de santé.

Il y a donc partout dans le réseau canadien un système de rationnement par le hasard, par la loterie, par la chance, par des variations aléatoires. Cela caractérise tous les réseaux de service de santé, mais il faut bien comprendre que c'est également le reflet de réseaux extrêmement mal gérés.

Il y a eu entre 1920 et 1971 un système de rationnement par les prix, dans la mesure où l'accès aux soins dépendait du revenu des patients, mais on parlait alors d'une forme différente de médecine, et cette méthode de rationnement n'était probablement pas trop insupportable. S'il est vrai qu'on a probablement trop souvent répété la maxime selon laquelle les médecins et les hôpitaux sont là pour s'occuper des pauvres, et s'il est vrai que cela est parfois devenu l'un des arguments contre l'assurance médicale, il n'en reste pas moins que cette maxime contient indéniablement une certaine part de vérité.

De 1972 à 1984, nous avons eu ce que j'appellerai un rationnement invisible non basé sur les prix. Ce système existe dans tous les services de santé, il se trouve simplement qu'il a été moins visible durant cette période. Depuis cinq ans, nous voyons apparaître un rationnement non basé par les prix de plus en plus visible et évident, avec la multiplication des listes d'attente, des rapports de presse sur les décès de patients figurant sur les listes d'attente, des comparaisons faisant ressortir que le Canada ne dispose pas de certaines technologies de pointe disponibles aux États-Unis, etc.

[Text]

What is the alternative? You can manage the supply side better and try to constrict it and control it a bit—you will end up with rationing if there is unchecked demand—or you can try to deal with the demand side. Obviously the way to deal with the demand side is to try to educate people to use the system better. This has not proven very effective, but it is probably still worth a shot.

You can try to get a more informed consent to many procedures, because a huge amount of modern medicine is elective and discretionary. And there is the Foundation for Informed Medical Decision Making. I just came back from Hanover, New Hampshire, where Jack Wennberg's group is involved in trying to produce videos to give to patients undergoing elective surgery, to help them make properly informed decisions.

It sounds very attractive, but it is a game of roulette. What the videos actually do in terms of appropriate versus inappropriate care, in terms of persuading people to make the right decision versus the wrong decision, is anybody's guess. It will be 10 or 20 years before that type of technology is usefully applied across the system to deter inappropriate utilization.

There appears to be very little one can do on the demand side except to consider some of these options. These options have obviously been considered by Canadian legislators. In 1984 they rejected them.

It would not surprise me if they continue to surface on the agenda from time to time. In particular, if the federal government reduces its share of cash for the provinces, the fiscal lever necessary to impose the terms of the Canada Health Act would obviously be lost. It would not surprise me to see the emergence of user fees, deductibles or direct pay for non-essential services in a number of provinces, because they are going to be fiscally strapped. There is a certain amount of ideological support in the Canadian public and in some provinces for these various modes of checking demand.

Deductibles are attractive, in that they are administratively convenient. You do not get into the problems of collecting each individual user fee and you can save some dollars.

The biggest problem with the whole user-pay phenomenon is the Rand health insurance experiment. It is the only randomized trial we have that looks at trying to check the demand side with user fees.

• 0950

The first reports came out and they said great. We put in a modest user fee, we see utilization go down, and no one is hurt except people who have bad vision and those with high blood pressure have a little less in the way of services; the

[Translation]

Quelle est la solution? On peut s'efforcer de mieux gérer l'offre de services, en la maîtrisant, ce qui reviendra à rationner si l'on ne maîtrise pas la demande, ou on peut s'efforcer de maîtriser la demande. Évidemment, maîtriser la demande signifie apprendre aux gens à mieux utiliser le système. Jusqu'à présent, les efforts entrepris dans ce domaine n'ont pas été très fructueux, mais il vaut probablement la peine d'essayer encore.

On peut essayer aussi d'obtenir un consentement plus éclairé pour beaucoup de procédures, étant donné qu'une part énorme de la médecine moderne concerne les interventions facultatives. Parlons aussi de la Foundation for Informed Medical Decision Making, c'est-à-dire de la Fondation pour des décisions médicales éclairées. Je reviens de Hanover, au New Hampshire, où le groupe de Jack Wennberg s'efforce de produire des vidéos destinés aux patients devant subir des interventions chirurgicales facultatives, afin de les aider à prendre des décisions éclairées.

Tout cela paraît très attrayant, mais c'est quand même encore le jeu pur et simple du hasard. Est-ce que les vidéos contribuent vraiment à fournir des soins appropriés plutôt qu'inappropriés, ou à persuader les gens de prendre de bonnes décisions plutôt que de mauvaises, nous n'en savons vraiment rien. Il faudra attendre 10 ou 20 ans pour que ce genre de technologie puisse être utilisée efficacement dans tout le réseau afin de lutter contre l'utilisation inappropriée des services.

Il semble que l'on ne puisse faire que très peu de choses pour agir sur la demande, à part les solutions que je viens d'évoquer et qui ont d'ailleurs été envisagées par le législateur canadien, qui les a rejetées en 1984.

Je ne serais pas surpris de les voir réapparaître de temps à autre parmi les solutions envisagées. En particulier, si le gouvernement fédéral réduit les budgets fournis aux provinces, il perdra le levier fiscal qui lui permet d'imposer le respect de la Loi canadienne sur la santé. Je ne serais pas du tout surpris de voir apparaître un ticket modérateur, une franchise ou l'obligation de payer immédiatement les services non essentiels dans les provinces qui se retrouveront confrontées à des difficultés financières. On perçoit d'ailleurs un certain appui idéologique de la population canadienne et de certaines provinces à l'égard de ces diverses méthodes de maîtrise de la demande.

Les franchises constituent une solution attrayante, car elles sont faciles à appliquer sur le plan administratif. Elles nous débarrassent du problème de la perception d'un ticket modérateur auprès de chaque patient et elles permettent de faire certaines économies.

Le plus gros problèmes du ticket modérateur est celui qui a été précisé par l'expérience Rand sur l'assurance santé, qui est d'ailleurs la seule analyse randomisée effectuée sur l'utilisation du ticket modérateur pour maîtriser la demande.

Quand les premiers résultats sont arrivés, tout le monde était enchanté. Grâce à l'application d'un ticket modérateur relativement modique, on constatait une baisse des taux d'utilisation, et personne n'en souffrait, sauf que les gens qui

[Texte]

blood pressure is not as well controlled. Then we started to get more and more follow-up and suddenly the story came out in a much more complicated and ambivalent way. It emerged that we were deterring not only inappropriate utilization of services, but appropriate utilization of services at the same level. It emerged that even though they have kept the poor right out of the whole user fees game, those in the lower income brackets had poorer health status and felt that they were doing badly. It emerged that in general the user fees, even in this carefully controlled experiment, did what you might in some levels expect them to do, and that is they cut back on a lot of the trivial demand, but they cut back on a lot of the appropriate demands on the system and they still had a little bit of a differential effect on the poor even though the very poor were excluded.

The problem simply is that you cannot expect consumers to ration their own demands in a medically appropriate way all the time. So user fees will take out some good demand, it will take out some bad demand, and that is the problem. They are capricious in the sense that they do not ration according to need.

Now back to other issues and rationing. Explicit rationing can be understood as a situation where you actually openly debate how you are going to allocate services. Implicit rationing is what we have right now. What we have done is to cap the flow of funds to the hospitals, sometimes to doctors. In particular we are going to have the hospital sector making its decisions in a framework where the dollars are constrained and difficult allocation decisions are made on a decentralized and ad hoc basis by providers who are facing a financial problem.

Explicit rationing has some advantages. It allows you to plan, it allows you to prioritize. It forces society to deal with the real issues of the constraints on resources relative to demand. It does avoid scapegoating doctors or even hospitals and burdening them morally with making the decisions about who should get what, but it also sharply limits provider autonomy, and it means that doctors and hospitals give up a lot of their ambit of action.

Implicit rationing, which is what we have now, allows decentralized decision-making, it protects provider autonomy. Providers do bear a moral burden and they may lack the vision to create the networks that are required to allocate resources wisely. The "squeaky wheel" rule is going to carry dollars into one sector and strap another. Also implicit rationing has an unfortunate side-effect: nice for provincial governments. It means that every time there is a problem the finger gets pointed back at the doctors in the hospitals and the argument is made that we gave them the money and they did not use it properly.

[Traduction]

avaient des problèmes de vision et ceux qui souffraient de tension artérielle obtenaient un peu moins de services. La tension artérielle ne se maîtrise pas aussi bien. Quoi qu'il en soit, quand on a commencé à faire des études de suivi, on a vu apparaître une situation beaucoup plus complexe et des résultats beaucoup plus ambigus. On a ainsi constaté que le ticket modérateur entraînait une réduction équivalente des services non seulement inappropriés mais aussi appropriés. On a constaté que même si le système du ticket modérateur ne s'appliquait pas du tout aux pauvres, les citoyens à revenu modique avaient un bilan de santé moins satisfaisant que les autres et avaient le sentiment de mal s'en sortir. En fin de compte, cette expérience soigneusement contrôlée a permis de conclure que si le ticket modérateur produisait dans l'ensemble les effets attendus, c'est-à-dire entraînait une réduction de la demande triviale, il produisait aussi une réduction de la demande légitime et avait des effets légèrement différents sur les pauvres, même si les très pauvres en étaient dispensés.

Le problème est tout simplement qu'on ne peut pas s'attendre à ce que les consommateurs rationnent eux-mêmes leur propre demande de manière médicalement appropriée dans tous les cas. En conséquence, le ticket modérateur entraînera une élimination d'une partie légitime de la demande, et c'est là le problème. Il a des effets plus ou moins irréguliers étant donné qu'il ne rationne pas les services en fonction des besoins.

Examinons maintenant d'autres aspects du rationnement. Désignons rationnement explicite le cas où l'on engage un débat ouvert sur la manière dont on va répartir les services. Le rationnement implicite est le système actuel, par lequel on a plafonné les crédits mis à la disposition des hôpitaux, et parfois même des docteurs, ce qui signifie que les hôpitaux vont devoir prendre des décisions difficiles de répartition des services dans une situation de pénurie financière relative.

Le rationnement explicite offre certains avantages, car il permet de planifier et d'établir des priorités. Il oblige la société à s'attaquer au problème réel de la pénurie des ressources face à une certaine demande de services. Il évite de faire des docteurs et des hôpitaux, des boucs émissaires, et de leur imposer le fardeau moral de l'attribution des services disponibles. En revanche, il réduit aussi considérablement l'autonomie des prestataires de services, et il restreint sensiblement l'autonomie d'action des docteurs et des hôpitaux.

Le rationnement implicite, qui est le système actuel, permet de décentraliser les décisions et de protéger l'autonomie des prestataires de services. Ceux-ci n'assument pas de fardeau moral, mais ils n'auront peut-être pas une vue assez généralisée du système pour mettre sur pied les réseaux requis afin de répartir sagement les ressources. La règle de «la roue qui grince» signifie qu'on investira dans certains secteurs aux dépens d'autres. Le rationnement implicite a également un effet secondaire regrettable: il est parfait pour les gouvernements provinciaux. En effet, avec ce système, ce sont chaque fois les docteurs et les hôpitaux qui se font pointer du doigt quand il y a un problème, et on peut constamment prétendre qu'on leur a donné l'argent nécessaire et qu'ils ne l'ont pas utilisé correctement.

[Text]

Implicit rationing basically means that dollars are channelled over, and what happens from there on in is the business of the doctors and hospitals. So part of implicit rationing is I think the tie-in to the lack of management, lack of central control, but also lack of central accountability.

The hospital global budgeting system, as I said, is pretty clearly an obvious form of implicit rationing and it is very clear for hospital-based technologies that do not qualify for special add-on funding. Hospitals are going to make tough decisions about what they can afford. Can they bring in a tissue plasmin activator? Can they bring in any kind of special scanners? And obviously in many instances here they do not.

I want to talk briefly about surgical procedure rates, because I mentioned earlier that major surgery appears to be done less in this country. Is this a form of rationing when we see that our cholecystectomies are the same and our appendectomies are the same, which is nice, tonsillectomies are actually much higher, which is somewhat horrifying, but that our Caesarean rates are lower or our cardiac catheterization rates are lower, or that our coronary bypass rates are lower? Is this rationing or is this good medicine? Is this sensible Canadian conservatism?

The problem with all of this is when we talk about rationing care and waiting lists and so on, no one has defined which rate is right. No one has defined how much of the care being delivered is appropriate and sensible and beneficial. So all of these comparisons occur on a playing field that has no rules, that has no grid marks at all. One has no sense really of what these procedure rates mean except they translate into some cost savings for us.

• 0955

Bypass surgery has been very controversial, nationally as well as in Ontario. There has been a foofaraw in Ottawa about the Ottawa Heart Institute and its bypass surgery rates. I do want to say that the rates that were published in *The Ottawa Citizen* were grossly misleading. They had a denominator of citizens over age 35, which was unfortunate, and it led to a real misunderstanding about what the rates were in the city and environs. I know that Cyril Nair is actually publishing a clarification in *Health Reports*, but I suspect some damage has been done in the media anyway.

If one looks at the bypass surgery rates in Ontario, including the Ottawa area, where they are very similar to the provincial average, we are running around 40 per 100,000. Now with the plateau that has occurred in bypass surgery rates over the last two years, not only in Ontario but elsewhere, we have had the waiting lists emerge. You know the headlines: B.C. sending patients to the U.S.; Patient suing B.C. government because spouse died immediately after

[Translation]

Le rationnement implicite signifie fondamentalement qu'on donne de l'argent aux médecins et aux hôpitaux en leur laissant la responsabilité de prendre les décisions. En fin de compte, le rationnement implicite se caractérise autant par un manque de gestion et de contrôle centralisé que par un manque de responsabilité centrale.

Comme je l'ai déjà dit, le système de budgétisation globale des hôpitaux est manifestement un système de rationnement implicite, ce qui est particulièrement évident pour les technologies hospitalières qui ne peuvent pas justifier des crédits supplémentaires spéciaux. Les hôpitaux vont être obligés de prendre des décisions difficiles sur ce qu'ils peuvent se payer. Pourront-ils acheter un activateur tissulaire ou des scanners spéciaux? Evidemment, dans beaucoup de cas, ils ne le pourront pas.

Parlons brièvement des taux d'opérations chirurgicales, car j'ai dit tout à l'heure que l'on semble faire de moins en moins d'opérations importantes dans ce pays. Sommes-nous face à une forme de rationnement quand nous constatons que nos taux de cholecystectomies et d'appendicectomies sont restés les mêmes, ce qui est bien, mais que les taux d'amygdalectomies sont beaucoup plus élevés, ce qui est horrible, alors que les taux de césariennes, de cathétérisations cardiaques ou de pontages cardiaques sont beaucoup plus faibles? Est-ce là une preuve de rationnement ou une preuve de bonne médecine? Est-ce là un exemple de bonne prudence canadienne?

Le problème qui se pose quand on parle de rationnement et de listes d'attente, c'est que personne ne peut dire quels sont les taux de soins qui sont appropriés, raisonnables et bénéfiques. Autrement dit, toutes ces comparaisons sont faites sans règles communes, sans structures communes. Personne ne peut vraiment dire ce que signifient vraiment ces taux de procédure, on peut simplement dire que, dans certains cas, ils permettent à la société de réaliser des économies.

La question des pontages cardiaques a suscité beaucoup de controverses, tant à l'échelle nationale qu'en Ontario. On a fait toute une histoire à Ottawa au sujet des taux de pontages cardiaques de l'Institut du cœur d'Ottawa. Je tiens à dire que les chiffres publiés dans le *Ottawa Citizen* étaient particulièrement trompeurs. Ils étaient fondés sur un dénominateur de citoyens de plus de 35 ans, ce qui était regrettable et qui a entraîné des malentendus considérables au sujet des taux réels dans cette ville et dans les environs. Je sais que Cyril Nair a publié un correctif dans *Health Reports*, mais je soupçonne que les dégâts faits antérieurement dans les médias n'ont pas été réparés.

Si l'on examine les taux de pontages cardiaques en Ontario, en incluant la région d'Ottawa, où ils sont semblables à la moyenne provinciale, on arrive à près de 40 pour 100,000. Avec le plafonnement de ces taux depuis deux ans, pas seulement en Ontario mais ailleurs aussi, on voit apparaître des listes d'attente. On voit ainsi des titres de journaux comme ceux-ci: la Colombie-Britannique envoie ses patients aux États-Unis; un citoyen de la Colombie-

[Texte]

surgery, having destabilized while awaiting a procedure. In Toronto we had a problem that was very clear cut. Over five years we went from about 300 patients waiting two to three weeks—by 1989, 848 patients waiting three to nine months. Obviously this is not what one wants, this is too much, but you know there were big variations by city, by hospital, and also by surgeon within hospital.

The ministry launched an investigation some time ago when there were some deaths that occurred. The investigation took place in February of 1989 and reported off in March of 1989, and what they confirmed was what all of us knew: that rationing was occurring, but there were no consistent criteria for who went to the head of the queue, there were not even consistent criteria for deciding what was a waiting list, how long someone waited, when the clock should start for the person who went on the waiting list or when the clock should end. What do you report? Do you report the average waiting time? If you report the average waiting time, then how do you take account of the fact that urgent patients were still getting done appropriately quickly?

The other thing that was clear, which the report perhaps for diplomatic reasons did not go into, was why there was no redistribution of patients. When one questioned the surgeons and got into this, obviously a fiduciary relationship, a sense of the doctor-patient relationship was important, obviously the claim of unique skills, which is tied to the item right underneath it, which is ego, the notion that each surgeon had golden hands, and heaven forbid I would give my patient who is waiting six months over to the fellow next door who has a two-month waiting list. Inertia—they had never faced a situation like this before. The ideology of free choice—and I call it an ideology of free choice because in point of fact the patients did not know how long they would wait for that surgeon as compared to the one next door, they had no idea at all.

It was also a political weapon. One heard from some surgeons that it was good to have a waiting list of nine months. That meant that they were more likely to get more operating room time, which would allow their incomes to float up, and it also would allow them to wave the waiting list at the provincial government to get more resources for cardiovascular care. So when we talk about rationing and we talk about waiting lists, I think we had better be realistic about the political sociology that underpins the phenomenon.

We actually were able to convene a consensus panel of surgeons and cardiologists, get them to talk about these little sociological quirks, and we put them through a formal Rand rating process to come up with a way of forming a queue that reflected the needs of patients rather than the whims of providers. How could one do this? Well actually you can do it quite simply. There are a lot of randomized trials of medicine versus surgery; you look at the survival curves, you know

[Traduction]

Britannique fait un procès au gouvernement parce que son conjoint est décédé immédiatement après une opération chirurgicale, car son état s'était déstabilisé, alors qu'il attendait une procédure complémentaire. À Toronto, on a connu un problème très brutal: depuis cinq ans, on est passé de 300 patients qui attendaient deux à trois semaines à, en 1989, 848 patients attendant de trois à neuf mois. Evidemment, personne ne le souhaite, c'est beaucoup trop, mais il faut savoir qu'il y a des différences importantes entre les villes, entre les hôpitaux, et même entre les chirurgiens d'un même hôpital.

Le ministère a lancé une enquête il y a quelque temps, à la suite de plusieurs décès. L'enquête a été effectuée en février 1989, et les résultats ont été publiés en mars 1989. Ils ont confirmé ce que nous savions tous, à savoir qu'il y a un phénomène de rationnement, qu'aucun critère cohérent n'est établi pour déterminer qui passera en tête de liste, qu'il n'y a même aucun critère cohérent pour décider qui sera inscrit sur les listes d'attente, pendant combien de temps les patients devront attendre, à partir de quand devrait commencer le décompte de la période d'attente et quand elle devrait se terminer. Quelles statistiques doit-on publier? La période d'attente moyenne? Si c'est ce qu'on fait, comment indiquer en même temps que les cas urgents ont quand même pu être traités de manière appropriée?

L'enquête a aussi révélé clairement pourquoi il n'y a pas de redistribution des patients, mais le rapport n'en a pas parlé pour ne pas susciter de controverse. Cette question soulève le problème de la relation qui existe entre le médecin et son patient, et de la responsabilité du premier à l'égard du deuxième. Evidemment, elle débouche sur la question des compétences uniques de chaque médecin, et aussi sur la question des ego individuels. Je veux parler ici de l'idée selon laquelle chaque médecin a des mains d'or et qu'il serait absolument inconcevable qu'il confie un patient, qui devra attendre six mois pour se faire opérer, à un collègue dont la liste d'attente n'est que de deux mois. Problème d'inertie aussi, face à une situation tout à fait nouvelle. Problème d'idéologie de la liberté de choix, et j'en parle de cette manière parce qu'en fait le patient est absolument incapable de comparer la période d'attente chez tel chirurgien par rapport à un autre. Il n'en a strictement aucune idée.

Problème aussi d'utilisation politique des chiffres. On a entendu certains chirurgiens dire qu'il était bon d'avoir une liste d'attente de neuf mois parce que cela signifiait qu'ils avaient plus de chance de pouvoir utiliser plus longtemps les salles d'opération, ce qui leur permettrait d'augmenter leurs revenus, et aussi parce que cela leur permettrait d'utiliser les listes d'attente comme argument face au gouvernement provincial pour obtenir plus de ressources. Donc, quand on parle de rationnement et de liste d'attente, il faut être bien conscient des facteurs sociaux politiques sous-jacents.

Nous avons réussi à convoquer un comité de chirurgiens et de cardiologues pour discuter de tous ces particularismes sociologiques, et nous leur avons appliqué un processus de classement formel mis au point par la société Rand afin d'établir un système de liste d'attente reflétant les besoins des patients plutôt que les caprices des prestataires de services. Comment est-ce possible? Très simplement. Il existe beaucoup d'études randomisées comparant la médecine à la

[Text]

when they start to diverge. In this case we are looking at stable angina, limited disease; these curves do not even come apart until you are out there beyond six months, so implicitly a patient can wait six months without any increased risk of death. On the other hand, if you have unstable angina and a blockage in your left main coronary artery, you should be done within days.

One simply ran through this type of evidence and suddenly you had a queue-forming schema that made sense. We had 16 practitioners agree on how the queue should be set up. They obviously did not like anyone waiting more than three months; you can tell by what they called that particular time window—"marked delay". They refused to use the word "elective". They were quite het up at this time, but they nonetheless rated a whole series of case scenarios, 438 of them, as to how the queue should be formed.

We actually have a computerized scoring system that is being set in place in a network in Ontario across all the surgical centres. Eventually it will be extended to angiography and valves as well. So we have a proper market and information system to deal with waiting lists, so referring doctors can dial in eventually and know how long their patient would wait in various centres and pick the centre that has either the best surgeon for their patient or the shortest queue or some combination of those two things to make sure that services are delivered according to need and expeditiously.

• 1000

Again, if we talk about rationing, we talk about a system that is unmanaged. The small area variations in bypass surgery alone are shown here in Ontario. They go from a low of 22 per 100,000 in some counties—22 to 25 in 2 areas—to highs of over 100 per 100,000, the highest being about 131 per 100,000, which is well above the American average. I do not know how one can look at figures like this and simply squawk about waiting lists when in fact we have evidence of no real management, of highly differential access in the system.

I have a few closing thoughts about the whole issue of modern high technology medicine. It is frequently ineffective, and we do not know how often it is ineffective. It is largely palliative. It is costly and hazardous. It is attractive as hell. It is fun to practice. There is no question but what consumers are enamoured of it and the media spectacularizes it. We all want more and more medical care. If you are on the side of delivering it, it is fun to do procedures, and it is fun to have all the tools and modern technology at your disposal. I love looking at magnetic resonance images because they are so clear. You can see things you never saw before, but half the time you are seeing things and you have no idea what they

[Translation]

chirurgie. En analysant les courbes de survie, on distingue très facilement le moment auquel elles s'écartent. Dans le cas présent, nous examinons l'angine stable, qui est une maladie limitée. Ces courbes ne commencent pas à s'écarter avant six mois, ce qui signifie implicitement qu'un patient peut attendre six mois sans augmentation marquée de son risque de décès. En revanche, dans le cas d'une angine instable et d'un blocage de l'artère coronaire gauche, on voit qu'il s'agit d'une question de jours.

À l'aide de ce type d'informations, on arrive très rapidement à établir une formule sensée d'établissement des listes d'attente. Nous avons pu obtenir que 16 médecins se mettent d'accord sur la manière dont la liste devrait être établie. Évidemment, ils n'appréciaient pas que quiconque doive attendre plus de trois mois, ce que montre particulièrement bien le qualificatif qu'ils ont attribué à cette période particulière: «retard prononcé». Ils ont refusé d'utiliser le mot «facultatif». Quand on en est arrivé là, ils étaient déjà très excités, mais ils ont quand même établi un classement de 438 scénarios hypothétiques, afin d'établir une formule d'établissement des listes d'attente.

Nous avons en fait un système de classement informatisé, qui est en cours d'installation dans tous les centres chirurgicaux de l'Ontario. Ce système sera peu à peu appliqué à l'angiographie et aux valvules. Nous aurons ainsi un système approprié d'information pour l'établissement des listes d'attente. Grâce à un appel téléphonique, les médecins sauront pendant combien de temps leurs patients devront attendre dans tel ou tel centres, ce qui leur permettra de choisir le centre ayant le meilleur chirurgien pour le patient considéré, ou la période d'attente la moins longue, ou une certaine combinaison de ces deux facteurs pour que le patient obtienne des services appropriés, eu égard à ses besoins spécifiques.

Encore une fois, quand on parle de rationnement, on parle d'un système qui n'est pas géré. On voit ici les variations par petites régions au chapitre des pontages cardiaques pour l'Ontario. Les chiffres passent de 22 pour 100,000 dans certains comtés—22 à 25 dans deux régions—pour atteindre des crêtes de 100 par 100,000, le maximum étant de 131 par 100,000, ce qui est largement au-dessus de la moyenne américaine. Je ne vois pas comment on peut examiner de telles statistiques et se contenter de se plaindre des listes d'attente quand on a la preuve qu'il n'y a aucune véritable gestion du système, et que l'accès est très variable d'une partie à l'autre.

Je voudrais terminer en disant quelques mots sur tout le problème de la technologie avancée dans le secteur médical. Elle est fréquemment inefficace, mais nous ne savons pas à quel degré. Elle est essentiellement d'ordre palliatif. Elle est coûteuse et risquée. Par contre, elle est super excitante. C'est très amusant de l'utiliser. Il ne fait aucun doute qu'elle plaît aux consommateurs tout autant qu'aux médias. Nous voulons tous des soins de plus en plus médicalisés. Pour les prestataires de services, il est très amusant d'avoir à sa disposition les outils les plus modernes possibles. J'adore voir des images à résonance magnétique, car elles sont tellement claires. Elles permettent de voir des choses qu'on n'a jamais

[Texte]

mean because we are into tiger country, images that are beyond our understanding in terms of anatomy. Therein lies the tale.

You get an image and you do not know what to do about it because it has never been seen before. A CAT scan shows a blush on the liver. The MRI confirms there is something there. You set off the whole cascade. In goes the liver biopsy needle, and it turns out the patient has a regenerating nodule that you never would have seen in the old days if you just did an ultrasound.

There is a tremendous amount of iatrogenicity out there—harm done by doctors and medical care with the best of intentions. It is biomedical. It is social, and that is not their fault in the sense that we tend to throw to the primary care doctor particularly all the social problems of society. It is economic in the sense that the resources are systematically misallocated. We teach medical students that most medical errors are errors of omission when they are errors of commission.

The history of medical mistakes in the 20th century is legion. From auto-intoxication, taking out tonsils and entire colons to gastric freezing, from thyroidectomy for angina to thalidomide and on and on the list goes. We still do not evaluate what we do and test out new technologies in any systematic way. We do not have the bodies and the mechanisms to do it.

Adam Linton and I have an article in press with *The New England Journal of Medicine* a few weeks from now in which we try to review some of the lessons from our involvement in assessing technologies with the organized medical apparatus in Ontario. The results really have been discouraging in some senses. There is resistance. There is no clear mechanism, and what we do is a drop in the bucket compared to what comes at us in the way of new procedures and techniques.

I want to say something else that I am afraid will be provocative, and that is that everyone picks on the medical profession about prevention and promotion. We all try to do a lot of prevention and promotion, and unfortunately most of us are busy enough with cure and palliation, so there is not energy and time left over for prevention and promotion. I am not sure we are the people to do a lot of health promotion anyway. I think that is best done on a community-wide basis. I want to suggest that a lot of medical preventive endeavours are actually costly and inefficient. Putting things like that in the doctor's office does not pay off.

I was involved in some of the guideline generation for high blood cholesterol testing and treatment in Ontario. The treasury folks did some estimates on what the costs would be for that program over the first few years. A mass screening

[Traduction]

vues auparavant, mais, dans la moitié des cas, on voit des choses qu'on est absolument incapable de comprendre, car c'est un domaine tout à fait nouveau. Voilà le problème.

On a une image et on ne sait pas quoi en faire, car on ne l'a jamais vue auparavant. Un examen tomodensitométrique fait apparaître une tache sur le foie. L'IRM convient qu'il y a un problème, et cela déclenche toute une cascade d'interventions. On fait une biopsie du foie, on découvre que le patient a un nodule régénératoire qu'on n'aurait jamais découvert autrefois, avec de simples ultrasons.

Il y a là un facteur iatrogène considérable, c'est-à-dire de tort causé aux patients par les médecins et les services médicaux, avec les meilleures intentions du monde. C'est biomédical, c'est social, et ce n'est pas leur faute dans la mesure où nous avons tendance à nous débarrasser de tous les problèmes de notre société sur les épaules des médecins fournissant des soins primaires. C'est un facteur économique, dans la mesure où les ressources sont systématiquement mal réparties. Nous enseignons aux étudiants en médecine que la plupart des erreurs médicales sont des erreurs dues à l'inaction, alors que c'est le contraire.

On pourrait rédiger une encyclopédie des erreurs médicales commises au XX^e siècle. Exemples: autointoxication, ablation des amygdales, ablation d'intestins entiers, gel gastrique, thyroïdectomie pour une angine, thalidomide, etc. La liste est interminable. Nous sommes toujours incapables d'évaluer de manière systématique ce que nous faisons, et de tester les nouvelles technologies. Nous n'avons pas le personnel ni les mécanismes requis.

Adam Linton et moi-même avons rédigé un article qui sera publié dans quelques semaines dans *The New England Journal of Medicine* dans lequel nous tentons de tirer certaines leçons de notre évaluation des technologies au sein de l'appareil médical organisé de l'Ontario. Dans un certain sens, les résultats ont été fort décourageants. Il y a une résistance. Il n'y a pas de mécanisme clair, et ce que nous faisons n'est qu'une goutte d'eau dans l'océan par rapport à la quantité de nouvelles procédures et techniques qui déferlent sur nous.

Je voudrais dire quelque chose que vous allez sans doute encore trouver choquant, et c'est que tout le monde s'en prend à la profession médicale au sujet des questions de prévention et de promotion. Nous essayons tous de faire beaucoup de prévention et de promotion, mais, hélas, la plupart d'entre nous ont déjà tellement à faire pour guérir et fournir des soins palliatifs que nous n'avons ni le temps, ni l'énergie nécessaire pour la prévention et la promotion. Je ne suis d'ailleurs pas convaincu que nous soyons les mieux placés pour faire la promotion de la santé. Je crois que ce travail peut dans la plupart des cas être beaucoup mieux fait à l'échelle communautaire. Dans bien des cas, l'action préventive du corps médical est en fait fort coûteuse et inefficace. Demander aux médecins de s'occuper de choses comme cela n'est pas rentable.

J'ai participé à l'élaboration de lignes directrices sur les tests et le traitement du cholestérol en Ontario. Les responsables du Trésor ont voulu estimer ce que coûterait un tel programme dans ses premières années. Une méthode de

[Text]

approach, as endorsed by the Canadian Consensus Conference and by the national cholesterol education program of the National Institutes of Health of America would cost, as you see, about \$1 billion in the high end estimate and under \$500 million on the low. The bottom line was that a selective testing and treatment algorithm would cost well under half that, meaning huge savings over a few years.

What we have tended to do in the mass screening approach to cholesterol is say let us put again in the doctor's lap a community-wide problem. We have a community-wide epidemic of coronary disease, and instead of promoting community-wide dietary change and community-wide behavioural change and instead of taking anti-smoking campaigns to the public schools, we are going to put it all in the doctor's office and deal with it in a medical framework. We keep doing that in medicare, and we are going to eventually bankrupt the system.

In fact, the cost-effectiveness of a lot of what we do is not bad—\$5,000 for beta blockers after a myocardial infarction to save one year of life. Bypass surgery for left main stem disease is highly cost-effective. People are going to die if you do not do it; if you do it, they live several years. It does not cost that much to do it and it ends up being quite a good investment. But when you get down to things like bypass surgery for two-vessel disease the cost per life-year added becomes more questionable, and when you get into life-long treatment of high cholesterol with drugs and the whole clinical monitoring system, you are talking about very high costs per life-year added. In fact this is optimistic, because no one has yet proven that life-years will be added by lowering cholesterol with this type of medical framework.

[Translation]

test massif, comme celle appuyée par la Canadian Consensus Conference et semblable au programme national d'éducation sur le cholestérol des Instituts nationaux de la santé en Amérique, coûterait entre un milliard de dollars et 500 millions de dollars. La conclusion importante était qu'un algorithme sélectif de test et de traitement coûterait moins de la moitié de cela, ce qui représenterait des économies considérables sur plusieurs années.

Pour ce qui est des tests généralisés de cholestérol, nous avons décidé encore une fois de confier aux généralistes un problème qui est d'ordre communautaire. Nous faisons face à une épidémie de maladies coronariennes et, au lieu de faire la promotion communautaire d'une meilleure alimentation et de changements de comportement, au lieu de lancer des campagnes anti-tabac dans les écoles publiques, nous envoyons tout le problème dans les cabinets des médecins et nous attendons une solution médicale. Si nous continuons de faire payer tout cela par l'assurance médicale, nous allons finir par mettre le système à la faillite.

En fait, beaucoup des choses que nous faisons sont assez efficaces, si l'on en examine les coûts réels—5,000\$ pour des bêtabloquants après un infarctus du myocarde pour gagner une année de vie. Le pontage cardiaque est une opération très efficace, car elle permet au patient de vivre plusieurs années, alors que sa mort serait garantie s'il n'y avait pas d'intervention. Un pontage cardiaque fait pour traiter une maladie du ventricule gauche ne coûte pas tellement cher et représente en fin de compte un très bon investissement. Par contre, si on fait un pontage cardiaque pour traiter une maladie de deux vaisseaux, le coût par année de vie ajoutée devient beaucoup plus incertain. Si on parle maintenant de traiter un taux de cholestérol élevé par des médicaments, avec tout le système de surveillance clinique, on en arrive à des coûts très élevés par année de vie ajoutée. En fait, les calculs sont peut-être encore beaucoup trop optimistes car personne n'a encore jamais prouvé qu'on peut allonger la vie des patients en faisant baisser leur taux de cholestérol avec ce type d'intervention médicale.

• 1005

Where would I leave things? One can come up with a health system report card that I think puts a different light on the Canadian-American comparisons. Certainly they have failed in cost control, but we deserve not a C but a D. We are the second most expensive system in the world in per capita terms, and I do not think we are doing well at all. In equity obviously they have failed, but when we talk about equity in Canadian health care—and again I am back to the fiscal framework—I would be very interested to look at some of the data on interprovincial discrepancies in health status, service utilization, access to care by economic class, and so on. One of the problems the federal government faces in

Comment conclure? On peut établir au sujet de notre réseau de services de santé un bilan qui permet de jeter une lumière différente sur les comparaisons entre le Canada et les États-Unis. Il est certain que les Américains ont été incapables de maîtriser leurs coûts, mais nous méritons de notre côté un D et non pas un C. À l'échelle internationale, nous sommes au deuxième rang au chapitre du coût du système par habitant, et cela n'a rien de satisfaisant. Au chapitre de l'équité, les Américains ont complètement échoué. Pour ce qui est du système canadien, et je reviens à nouveau à la structure fiscale, j'aimerais beaucoup analyser certaines données sur les différences interprovinciales au

[Texte]

deciding what to do about Bill C-69 and everything else is how to maintain some kind of uniform standards, not just for universality and portability and the traditional tenets of medical care but for issues like class equity and access, for service utilization.

Certainly we have had some improvement in utilization by classes. We have had some levelling out of the traditional discrepancies according to income, but they are by no means as convincing as one thinks at first glance.

In fact, Robin Badgley has a chapter in a book that I have had the privilege to edit that examines all the studies that have been done on class equity and access. His verdict is that, first, very few studies have shown what one would really want to see, and that is that the poor, with their lower health status, use more services—there are very few studies showing that; second, that not all studies have even shown that the poor, with their lower health status, use as many services; and third, that in some areas of health care it is very clear that better-educated folks with higher socio-economic status can work the system a lot better than those in the lower socio-economic classes and get more out of it.

On the innovative side—and I am not talking here about medical innovation, but management innovation and delivery innovation—we fail abysmally. We have had open-ended private practice, fee-for-service framework, hospitals on global budgets with no clear accountability and central co-ordination, and the whole system of state-dependent contractors without central management for 20 years, and we have done virtually nothing about it. We have a system that has failed on the management side.

System management? Same verdict. America fails there because they have done nothing innovative in system management, even though they have been very innovative on the micro-level, and obviously we fail miserably.

User satisfaction? I gave us a B, and I have seen the latest surveys and I would put us up to an A. We do very well. Canadians are very happy with their system. I am not sure they are as happy now as they were a year ago, but generally speaking they are not complaining souls, and this is a strength of our system. The open-ended system, private practice, and first-dollar coverage drive costs through the roof and lead to all the misallocation of resources and all the problems; but consumers love it because they can float from doctor to doctor if they want to. They do not jump around a huge amount, but they can float, they can pick their hospital, they can pick their provider, the referring physician can pick wherever he wants his patient to go, and it is very attractive for consumers.

[Traduction]

chapitre de la santé des citoyens, de l'utilisation des services, de l'accès aux soins par catégorie de revenu, etc. L'un des problèmes auxquels doit faire face le gouvernement fédéral dans le cadre du projet de loi C-69 et de tout le système de soins est de réussir à préserver des normes plus ou moins uniformes, pas seulement en matière d'universalité, de transférabilité et de critères traditionnels des soins médicaux, mais aussi en matière d'équité et d'accès par classe sociale.

Il est incontestable qu'il y a eu une certaine amélioration au chapitre de l'utilisation par classe sociale. Il y a eu une certaine atténuation des variations traditionnelles selon les catégories de revenu, mais ce phénomène n'est certainement pas aussi marqué qu'on pourrait le croire à première vue.

De fait, Robin Badgley examine, dans un livre auquel j'ai eu le privilège de collaborer, toutes les études qui ont été effectuées sur l'accès et l'équité sociale. Sa conclusion est que très peu d'études aboutissent aux résultats que l'on souhaiterait, à savoir que les pauvres, dont le bilan de santé est collectivement moins bon, utilisent plus de services. Deuxièmement, les études ne montrent même pas toutes que les pauvres utilisent autant de services que les autres. Troisièmement, dans certains secteurs de la santé, il est clair que les personnes mieux scolarisées et jouissant d'une situation socio-économique supérieure sont beaucoup plus capables de comprendre le système et d'en tirer parti que les personnes des classes socio-économiques inférieures.

Pour ce qui est de l'innovation, et je ne parle pas ici de l'innovation médicale mais plutôt de l'innovation au chapitre de la gestion et de la prestation des soins, notre échec est lamentable. Nous avons des pratiques complètement privées, une structure de tarification à l'acte, des hôpitaux ayant des budgets globaux mais sans coordination centrale et sans obligation claire de rendre des comptes, et tout un réseau de sous-traitants tributaires de l'État mais sans gestion centrale depuis 20 ans, et nous n'avons quasiment rien fait pour y changer quoi que ce soit. Sur le plan de la gestion, le système a échoué.

Gestion du système? Même verdict. À cet égard, l'échec de l'Amérique vient du fait que l'on n'y a rien fait pour innover au chapitre de la gestion globale, même si on a fait beaucoup pour innover au niveau spécifique. Manifestement, à ce chapitre, l'échec est aussi lamentable.

Satisfaction des usagers? Je nous donnerai à ce chapitre la note B, et j'irai même jusqu'à A selon les dernières enquêtes dont j'ai vu les résultats. Les Canadiens sont très heureux de leur système de santé. Je ne suis pas sûr qu'ils en soient aussi satisfaits aujourd'hui qu'il y a un an mais, sur le plan général, ils n'ont pas de plaintes majeures à formuler, et c'est un atout de notre système. Le système ouvert, de pratique privée et de couverture financière globale provoque l'explosion des coûts et entraîne tout ce que nous savons en matière de mauvaise répartition des ressources. Par contre, les consommateurs adorent ce système car ils peuvent passer d'un médecin à un autre s'ils le veulent. Ils ne le font pas très souvent, mais ils peuvent changer, ils peuvent choisir leur hôpital, ils peuvent choisir leur prestataire de services, et les médecins peuvent choisir les services vers lesquels ils souhaitent orienter leurs patients. Cela est très attrayant pour les consommateurs.

[Text]

For provider satisfaction, I am a member of a profession and I am one of those who grumble no matter where things are at. They are grumbling in the U.S.A. I have just come back from there. As I said, it is a constant tale of woe about what the insurers and the HMOs are doing to every general internist that I talked to around the dinner table last night. Obviously those of us in the medical profession in Canada complain a fair bit. I grumble about the fee structure, I grumble about my income, so I am a grumbler with the rest of them.

So where do we have to go to get out of this mess? We have to do some technology assessment. A challenge for the federal government is to decide what its role is going to be in technology assessment. What exactly will the government do at a federal level in terms of creating an umbrella technology assessment body? Are you going to leave that to the provinces?

If you are going to do that then you are obligated at least to set up some kind of clearing-house for information at a federal level that looks, at a minimum, at some of the indices that are important to health services and monitoring the system. What are the access profiles? What are the differences in life expectancy by class or by ethnic group or whatever, within each of the provinces? Do you actually have a universal system that is somewhat uniform in achieving the goals that medicare was originally created for? Are you developing a patchwork quilt with an appearance of universality and comprehensiveness? That may well happen, especially as you pull back your injection of fiscal cash as opposed to the tax-point system.

[Translation]

Pour ce qui est de la satisfaction de ceux qui prodiguent les soins, comme les autres membres de ma profession, je me plains constamment. Je reviens des États-Unis et j'ai vu que c'est la même chose là-bas. Comme je l'ai dit, les praticiens se plaignent constamment de ce que les assureurs et les HMO font à chaque interne général, et c'est le commentaire qu'on obtient dans toutes les conversations. Évidemment, il y a aussi pas mal de plaintes parmi les membres de la profession médicale au Canada. Je me plains de la structure tarifaire, je me plains de mon revenu, et donc je me plains comme les autres.

Que devrions-nous faire pour nous sortir de cette situation? Nous devrions procéder à une évaluation de la technologie. Le défi que doit relever le gouvernement fédéral consiste à définir le rôle qui lui revient légitimement à ce chapitre. Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer pour favoriser la création d'un organisme global d'évaluation de la technologie ou devrions-nous laisser cette responsabilité aux provinces?

Si on choisit la deuxième solution, il faut au minimum établir une sorte de centrale fédérale d'information pour avoir la possibilité d'analyser certains des indices importants pour mesurer la qualité des services de santé et surveiller l'évolution du système. Que révèlent les principaux indicateurs en matière d'accès? Quelles sont les différences en matière d'espérance de vie par classe sociale, par groupe ethnique ou selon toute autre classification, à l'intérieur de chaque province? Avons-nous vraiment un système universel garantissant un minimum d'uniformité au chapitre des objectifs originellement établis pour l'assurance médicale? Ne sommes-nous pas plutôt en train d'évoluer vers une mosaïque de services, dont l'universalité et l'exhaustivité ne seraient que superficielles? Cette question est tout à fait légitime, surtout à une époque où on restreint les transferts de crédits globaux, par opposition au système de points fiscaux.

• 1010

We need utilization management and quality assurance. This is a system that McDonald's would be horrified by. You go in and buy something as simple as a hamburger. They train their staff to smile, they have a standardized system, there is some kind of quality assurance, it is carefully managed. God help us, it is unhealthy, but at least it is managed.

This is a multi-billion-dollar enterprise that is grossly undermanaged. There is no corporation in Canada that would put up with the lack of management we have in health care. Quality assurance is part and parcel of the same thing.

On consumer responsibility, I think we have to stop bringing into the medical care system things that are actually part and parcel of the social and behavioural framework of society that belongs in the realm of community health

Il nous faut mettre sur pied un système de gestion de l'utilisation des services et de garantie de la qualité. Les dirigeants de McDonald seraient horrifiés par le système actuel. Chez eux, où il s'agit d'acheter quelque chose d'aussi simple qu'un hamburger, le personnel reçoit une formation pour accueillir les clients, le système d'établissement du produit est standardisé, il y a un mécanisme de garantie de la qualité, et la gestion est minutieuse. Certes, le produit est malsain, mais il offre au moins l'avantage d'être bien géré.

Pour ce qui est des services de santé, nous avons une entreprise qui dépense des milliards de dollars et qui est terriblement mal gérée. Aucune société privée du Canada n'accepterait le système de gestion actuel des services de santé, qui devrait absolument comprendre un mécanisme de garantie de la qualité.

Pour ce qui est de la responsabilité des consommateurs, je crois qu'il est temps de cesser d'attribuer au système de soins médicaux des fonctions qui relèvent en fait de la promotion collective de la santé, parce qu'il s'agit de

[Texte]

promotion. We cannot medicalize the national dietary problem. We have to get on with health education. If we bring it into the medical care sector, the costs will keep going up. Some of the responsibility has to go back to consumers.

By consumer empowerment I simply mean that we have to make consumers more involved in decisions, not only at the micro-level but at the macro-level. With the health councils and what have you there has to be some sense of society being involved in the decision-making, so that if there is rationing, if there are shortfalls, we know that consumers are part of that.

When I talk about provider responsibility and empowerment, obviously many of the things that I believe in are threatening to members in my profession, they are threatening to me when I put on my clinical hat, but there is an element of responsibility that organized medicine, at least in Ontario, has repeatedly said that it is prepared to take. They are prepared to be involved in designing physician-friendly quality assurance. They are prepared to be involved in utilization management. They have taken a leading role in developing practice guidelines, both at the voluntary level and the OMA, and at the licensing level with the College of Physicians and Surgeons.

I think the providers have to be empowered to play some kind of role in shaping the system and managing it, because clearly they have a clinical expertise that is important. I expect providers out there to include the nursing associations, which I think have been under-utilized grossly in terms of canvassing any input. I think we have to get a lot more in the way of paramedical manpower and so on down the line.

One thing is certain. If we do not start managing the health care system, it does not matter what we do in terms of changing the fiscal framework, it does not matter what you do with any of the bills that you are discussing that would alter cost-sharing arrangements, you are going to be looking at continuing trouble at both the provincial and federal levels in a system that ultimately is going to stretch and perhaps come apart.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Naylor. You have certainly provided an interesting presentation for the committee and I regret that we do not have more time to spend with you. As we hear more witnesses and get into the report stage of the committee, there are avenues we may wish to pursue with you.

In light of the time—we have about half an hour—we could use that to the best advantage of the committee. Dr. Halliday, would you like to start, followed by Mrs. Clancy, please?

Mr. Halliday (Oxford): To begin, Mr. Chairman, I want to thank Dr. Naylor for being with us. I have known David for some while, not well, but I have followed his career with some interest and appreciate the fact he took time to come here today.

[Traduction]

problèmes sociaux et de comportement. Nous ne pouvons pas médicaliser notre problème national de mauvaise alimentation. Pour cela, il convient de mieux éduquer les citoyens. Si nous attribuons cette fonction aux services médicaux, les coûts ne cesseront d'augmenter. Il faut que les consommateurs acceptent d'assumer leurs responsabilités à cet égard.

En disant cela, je veux simplement dire que nous devons veiller à ce que les consommateurs participent plus aux décisions, pas seulement à leur niveau individuel mais au niveau collectif. Grâce aux conseils de la santé et à d'autres organismes de cette nature, il faut que la société participe aux décisions car, si on arrive à rationner les services ou s'il y a des pénuries, il faut que nous sachions que les consommateurs ont eu leur mot à dire.

Quand je parle des responsabilités des dispensateurs de services, il est évident que beaucoup des choses auxquelles je crois constituent une menace pour les membres de ma profession, c'est-à-dire pour moi-même quand je reprends mon rôle de clinicien, mais il convient de souligner que certaines parties de la hiérarchie médicale ont constamment répété qu'elles étaient prêtes à assumer ces responsabilités, tout au moins en Ontario. Certains praticiens sont prêts à participer à l'élaboration d'un mécanisme de garantie de la qualité. Ils sont prêts à contribuer à une meilleure gestion de l'utilisation. Ils ont joué un rôle de pointe dans l'élaboration de lignes directrices pour les praticiens, que ce soit au niveau individuel ou au niveau de l'Association médicale de l'Ontario, ainsi qu'au niveau de l'agrément par l'Ordre des médecins et chirurgiens.

J'estime qu'il faut donner aux dispensateurs le pouvoir de participer à l'élaboration et à la gestion du système, car ils bénéficient de compétences cliniques qui sont importantes. D'ailleurs, quand je parle des dispensateurs, j'y inclus les associations d'infirmiers et d'infirmières, qui ont été jusqu'à présent terriblement négligées à cet égard. J'estime que nous devrions faire beaucoup plus appel aux services du personnel paramédical, entre autres.

Une chose est sûre: si nous ne commençons pas à gérer notre système de santé, nous pourrions bien apporter tous les changements possibles à la structure fiscale et adopter n'importe quel projet de loi pour modifier les accords de partage des coûts, rien n'empêchera la situation de s'aggraver au niveau aussi bien provincial que fédéral dans un système qui deviendra peu à peu incapable de répondre à la demande et qui risquera d'exploser.

Le président: Merci beaucoup, docteur Naylor. Votre exposé était particulièrement intéressant et je regrette que nous n'ayons pas plus de temps à vous consacrer. Peut-être pourrions-nous reprendre contact avec vous après avoir entendu d'autres témoins, lorsque nous préparerons notre rapport.

Comme il ne nous reste plus qu'une demi-heure, environ, essayons d'en faire le meilleur usage possible. Voulez-vous commencer, monsieur Halliday, après quoi je donnerai la parole à M^{me} Clancy?

M. Halliday (Oxford): Je tiens tout d'abord à remercier le docteur Naylor d'être venu témoigner devant notre comité. Je connais David depuis un certain temps, pas très bien, certes, mais je suis sa carrière avec intérêt et je lui suis reconnaissant d'avoir pris la peine de venir nous parler.

[Text]

A couple of questions come to mind. You talked about the poor towards the end, Dr. Naylor, and the fact that they are not being helped. Under a system where there is any kind of user fee, they are going to be the losers. Do you not think there is something inherent about many, perhaps not all, but many poor people? No matter what the system they will not utilize it because of their native intelligence. There is quite a range on the bell curve of intelligence, and people at the one end of that bell curve just do not have what it takes to realize that they need to have certain types of care. No matter how well we manage it, we are not going to be able to give them the same opportunity as somebody who is more intelligent and knows when to go for care.

• 1015

Dr. Naylor: The first response I have is I would like to steer this away from any issue of intelligence and social class and what have you and more towards the notion of the information the poor have that might enable them to use the system.

It is clear there are barriers that consist in an understanding of needs and understanding of how the system works, even things as simple as the fact that as a physician I am well aware that when someone walks into my office who wears a suit and tie that I respond to that individual differently than I do to someone who walks in who is badly dressed and who speaks the language in a mangled fashion. These are class biases that many of us have.

I think one has to look with some candour at the fact that we do not have a system that is class neutral for the simple reason that very few of us are class neutral. It may not be a function of the intelligence of anyone coming through the door, it may be a function of biases and modes of communication, ways of expressing illness. Certainly cultures differ in how they express illness. It may well be that a lot of the problems in the interface relate to these class-bound ways of dealing with illness.

That aside, there are two other issues. The first is that I personally think that any system that does not have an outreach component will never eliminate the inequities in service utilization entirely. And eliminating inequities in service utilization does not mean that you are going to eliminate inequities in health status, for the simple reason that a lot of what determines health status has nothing to do with health care. So part of the decision that one has to make is is our goal equity in utilization of services or is our goal equality in health status? I do not think you are going to get equality in health status for any number of reasons, the most cogent being the fact that health care is not the major determinant of how well you live and how long you live.

So if our goal retreats to the one that has traditionally been the goal of Canadian medicare, namely some degree of equity in health service utilization, then we are onto user fees, and then we are onto the terrain where we can look empirically at things.

[Translation]

Vous avez parlé il y a quelques instants de la situation des pauvres qui sont mal servis par le système. Vous avez dit qu'ils sont toujours perdants lorsqu'on met en place un système de ticket modérateur. Ne croyez-vous pas qu'il y a là quelque chose d'inhérent à beaucoup de pauvres, mais peut-être pas à la totalité? Quel que soit le système mis en place, ils ne l'utiliseront pas à cause de leur intelligence innée. Il peut y avoir des variations considérables au niveau de l'intelligence individuelle, et les gens qui se situent en bas de l'échelle à ce chapitre n'ont tout simplement pas la capacité de comprendre qu'ils ont besoin de certains types de soins. On peut bien améliorer tant qu'on veut la gestion du système, on ne pourra pas leur donner la même possibilité d'utilisation qu'à des personnes plus intelligentes qui savent quand il faut obtenir des soins.

Dr Naylor: Tout d'abord je voudrais que l'on s'éloigne de cette question d'intelligence, de classe sociale et autre, et que l'on s'attarde davantage à l'idée de l'information dont disposent les pauvres pour les guider dans le système.

Il est évident qu'il y a des obstacles dans la compréhension des besoins et la compréhension du fonctionnement du système; ce sont des choses aussi simples que ma réaction de médecin, dont je suis parfaitement conscient: quand je vois entrer dans mon cabinet un monsieur en complet cravate mon attitude envers ce patient n'est pas la même qu'envers une personne mal habillée qui bredouille l'anglais. Ce sont des préjugés de classe que nous sommes nombreux à partager.

Il faut reconnaître honnêtement que le système n'est pas neutre à l'égard des classes pour la simple raison que très peu d'entre nous sont neutres à l'égard des classes sociales. Cela n'a pas forcément de rapport avec le niveau d'intelligence de la personne qui entre dans le cabinet, mais cela en a plutôt avec les préjugés et les modes de communication, les façons d'exprimer la maladie. L'expression de la maladie diffère selon les cultures. C'est possible qu'une bonne partie des difficultés dans les rapports tiennent à la différence dans les rapports avec la maladie, selon les classes.

Cela dit, il y a deux autres questions. Premièrement, personnellement, j'estime qu'un système qui n'a pas de composante externe ne parviendra jamais à éliminer totalement les injustices dans l'utilisation des services. Et en éliminant ces injustices on n'élimine pas nécessairement les différences dans l'état de santé, pour la bonne et simple raison que ce qui détermine cet état de santé n'a souvent rien à voir avec les soins de santé. Il faut donc d'abord décider si l'on veut la justice dans l'utilisation des services ou l'égalité dans l'état de santé? Je ne pense pas qu'on puisse atteindre ce dernier objectif pour diverses raisons, dont la première est que les soins de santé ne sont pas le principal facteur déterminant dans la longévité ou la qualité de la vie.

Alors si nous en revenons à l'objectif traditionnel de l'assurance-santé canadienne, c'est-à-dire une certaine équité dans l'utilisation des services de santé, nous arrivons au ticket modérateur, et nous pouvons alors examiner les choses de manière empirique.

[Texte]

If we look at the utilization data, medicare does appear to have eliminated some of the discrepancies in utilization by social class. There appears to be a narrowing of the gap. Whether or not the gap has been eliminated depends on two things: first, which study you read and believe; and secondly, whether you want the gap not only to be eliminated so there is a levelling out, but actually a positive bias in the sense that the poor have lower health status and therefore should be using more services. That is where the issues come down.

The second facet of this is obviously user fees and their impact. It is entirely possible that under any system, as you argue, the poor will have some differential utilization. My concern is simply the compelling fact that unless you get the user fee system very well designed and very well implemented, it is first of all very hard to deter inappropriate utilization without deterring some appropriate utilization; and secondly, those who are most likely to be deterred in general are those in the lower income groups, not only because they have less discretionary income but also because, as you pointed out, they may lack the knowledge base to have a better appreciation of when the heck they should give up on their pocketbook and just get themselves in to see a doctor.

I am not throwing the user fee concept out the window. It would not surprise me if we come back to it. We have seen Sweden come back to it. It cannot be thrown out altogether. I just feel that if we look at the supply side, there is such a mess in terms of management, inappropriate technologies, bad quality assurance, bad assessment that before we start to tinker with those fundamental principles in medicare and go back to the demand side manipulation by price, we should first focus five or six years of concerted energy on the supply side and see if we can get it right there. That is my main argument.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, Dr. Naylor mentioned Sweden, which is of interest to me. Have you any observations or knowledge of what is happening over there and the effect of it?

Dr. Naylor: I am sorry to say, I do not. Certainly the user fee system has been in place there for some years. France has for decades had a system that involves more or less 70% reimbursement. So we do have a phenomenon of some retreat from first-dollar coverage, or in some instances like France, never really full implementation of comprehensive first-dollar coverage. The bottom line is I have seen very little in the way of studies looking at differential utilization by class.

In Sweden, the one corollary there is you have such a tremendous levelling out of the whole social structure that you are less likely to have what one might almost call the statistical socio-economic power to show a lot of differential

[Traduction]

Si l'on considère les données sur l'utilisation, le régime d'assurance-santé semble avoir éliminé certaines inégalités dans l'utilisation des services en fonction des classes sociales. L'écart semble se refermer. Quant à savoir s'il a été ou non effacé, il faut considérer deux choses: d'abord, quelle étude on lit et choisit de croire; et deuxièmement, si l'on souhaite non seulement éliminer l'écart, mais aller plus loin jusqu'à renverser la tendance, puisque les pauvres ayant une moins bonne santé ils devraient être plus grands utilisateurs. Ce sont là les questions qui se posent.

Le deuxième aspect de la question est celui du ticket modérateur et de son incidence. Il est fort possible que dans n'importe quel système, comme vous le faites valoir, il restera toujours une différence dans l'utilisation des services par les pauvres. Ce qui m'inquiète c'est le fait très réel qu'avec un régime de ticket modérateur, à moins qu'il soit extrêmement bien conçu et extrêmement bien appliqué, il est très difficile de décourager les utilisations inappropriées sans décourager en même temps les utilisations justifiées; et deuxièmement, dans l'ensemble, on risque de décourager davantage les groupes à plus faible revenu non seulement parce qu'ils ont moins les moyens que les autres, mais aussi, comme vous l'avez fait remarquer, parce qu'ils ne sont peut-être pas suffisamment informés pour être en mesure de décider quand ils doivent envoyer au diable les questions monétaires et aller voir un médecin.

Je ne dis pas que l'idée du ticket modérateur soit à mettre au rebut. Je ne serais pas étonné qu'on y revienne. La Suède y est revenue. On ne peut pas rejeter l'idée entièrement. Je trouve seulement que si l'on considère l'offre, il y a tant de mauvaise gestion, de technologies inappropriées, de mauvaises assurances, de mauvaises évaluations qu'avant de nous attaquer aux principes fondamentaux de l'assurance-santé et de vouloir manipuler le côté demande en imposant un prix, nous devons d'abord concentrer notre énergie pendant cinq ou six ans sur le côté offre et voir si nous pouvons corriger cette situation-là. C'est mon principal argument.

M. Halliday: Monsieur le président, le docteur Naylor a mentionné la Suède, ce qui m'intéresse particulièrement. Savez-vous comment cela se passe là-bas, et quel est l'effet du ticket modérateur?

Dr Naylor: Malheureusement, je l'ignore. Je sais que le régime du ticket modérateur est en place là-bas depuis un certain nombre d'années. La France a depuis des décennies un régime qui prévoit un remboursement d'à peu près 70 p. 100. On observe ainsi une tendance à s'éloigner de la prise en charge complète et certains pays, comme la France, n'y sont jamais arrivés. Le fait est que je n'ai pas vu beaucoup d'études portant sur la différence d'utilisation en fonction de la classe sociale.

Le corollaire, en Suède, c'est qu'il y a un tel nivellement de la structure sociale qu'il est peu probable d'y trouver le fond statistique socio-économique nécessaire à une étude sur l'utilisation différenciée en fonction des classes sociales.

[Text]

utilization by social class. Comparing Sweden's impact on user fees to the Canadian impact on user fees, despite the fact there is some mutter about this being the Sweden of North America, it is not. It differs profoundly in terms of class inequities, so the comparison may well be invalid.

• 1020

Mr. Halliday: Dr. Naylor mentioned the concept of technology curtailment, and I can understand the need for that. What does that do to the overall level of health care in the total system?

I think of the attraction that technology has, as you indicated, for residents, for example, and for attracting people to this country where they have an opportunity to become involved in high technology, and the higher quality and calibre of residents you have in the system. It filters down, right through to the general practitioner eventually, I think. If we are going to limit the attractiveness of our system in Canada by curtailing high technology, will it eventually have an adverse effect on our overall quality of care?

Dr. Naylor: I think the first response I have is that quality of care is such a nebulous term. When we think about how little we have done to define appropriate surgery, to define appropriate care, or to really pin down standards of practice, let alone close the loop to ensure those standards are met, when we talk about quality of care, my first reaction is that I am not entirely sure we always have that term well defined.

My second reaction is that quality of care, because it is not well defined, can mean different things to different people. To a consumer who is looking for reassurance, humane medicine, and conversation, quality of care may not consist of sending him along for a CAT scan or an MRI scan if he has a tension headache. We have to distinguish between the genuine unavailability of beneficial technologies and the profligate or inappropriate use of beneficial technologies, such that they end up being wasteful or actually overtly harmful.

I am not really arguing for us to get off the technology bandwagon or to become a Second or Third World country in the health technology arena. I am arguing that a great deal of the apparently First World technology is based on Third World science and assessment and it is time for us to wake up to that fact.

Mr. Halliday: Dr. Naylor has a pretty good overall view of what is happening in the health care system. Knowing as you do the terms of reference of our committee, in that we are studying the health care system and its funding, are there any witnesses you feel we should definitely be sure to hear before we try to come to conclusions?

Dr. Naylor: I have looked at some of the witness lists, and it seems to me that you have canvassed a lot of the individuals who I think have something to offer. I am not sure if you have canvassed the UBC group or have had Bob Evans, Geoff Anderson, or Morris Barer here. They obviously represent a particularly provocative point of view that causes anaphylactic reactions from many of us in the medical community, including those of us who often agree

[Translation]

Même si l'on a entendu souvent marmonner que le Canada est la Suède de l'Amérique du Nord, ce n'est pas le cas. Il y a d'énormes différences pour ce qui concerne les inégalités sociales, et de ce fait, toute comparaison entre l'incidence du ticket modérateur en Suède et celle qu'il pourrait y avoir au Canada risque bien d'être non valable.

M. Halliday: Le docteur Naylor a parlé de la notion de limiter la technologie, et j'en comprends bien la nécessité. Mais quel serait l'effet sur le niveau des soins de santé en général?

Je songe à l'attrait que présente la technologie, comme vous l'avez dit, pour les internes, par exemple, ainsi que sur les étrangers qui peuvent être attirés chez nous s'ils y trouvent la possibilité de travailler avec des technologies de pointe, et vous avez dit aussi que cela attire dans le système des internes d'une qualité et d'un calibre supérieurs. Je pense que cela finit par percoler dans le système jusqu'au niveau des généralistes. Si nous entendons limiter cet attrait du système canadien en limitant les technologies de pointe, risquons-nous de voir à long terme des effets négatifs sur la qualité générale des soins?

Dr. Naylor: Je dois dire tout d'abord que le concept de qualité des soins est nébuleux. Quand on songe au peu d'efforts que nous avons faits pour définir ce qui constitue une chirurgie appropriée, des soins appropriés, ou même pour définir avec précision les normes d'exercice, sans aller jusqu'à parler de leur respect, quand on parle de qualité des soins, je me dis que je ne suis pas sûr qu'on sache exactement de quoi l'on parle.

Deuxièmement, la qualité des soins, parce qu'elle n'a pas été bien définie, peut être interprétée différemment par différentes personnes. Pour le consommateur qui a besoin d'être rassuré, de parler, de rencontrer une médecine à visage humain, la qualité des soins ne se traduit peut-être pas par un examen TDM ou MRI, s'il a des maux de tête dus au stress. Il faut bien distinguer entre la non-disponibilité des technologies bénéfiques et leur utilisation inappropriée ou inconsidérée, qui mène au gaspillage ou même à des effets carrément nocifs.

Je ne dis pas que nous devons renoncer à la technologie ou devenir un pays du Deuxième ou du Tiers monde dans ce domaine-là. Je veux dire simplement qu'une bonne partie de ce que nous considérons comme de la technologie du monde industrialisé repose sur des sciences et des méthodes du Tiers monde et qu'il est temps que nous nous en rendions compte.

M. Halliday: Le docteur Naylor a une bonne idée générale de ce qui se passe dans le domaine des soins de santé. Puisque vous connaissez le mandat de notre comité, vous savez que nous examinons le système des soins de santé et leur financement, y a-t-il des gens dont vous pensez que nous devons absolument les entendre avant de tirer nos conclusions?

Dr. Naylor: J'ai pris connaissance d'une partie de la liste des témoins et il me semble que vous avez convoqué bien des gens qui, selon moi, ont quelque chose à dire. Je ne sais pas si vous avez communiqué avec le groupe de l'Université de la Colombie-Britannique, ou si vous avez déjà entendu Bob Evans, Geoff Anderson, Morris Barer. Ils présentent un point de vue très provocateur qui suscite chez bien des membres de la communauté médicale, y compris parmi ceux

[Texte]

with them. Indeed, they have been accused of having stethoscope envy.

Some hon. members: Oh, oh.

Dr. Naylor: So I would go so far as to recommend my friend Geoff Anderson, who at least has an MD, even though he does not practice, and might be a particularly useful witness. Geoff has studied patterns of funding in the two systems, is interested in some quality of care issues, and has been involved in a fair bit of collaborative research with the Rand Corporation, so he may be a particularly useful witness.

Beyond that, obviously, I suggest the folks at McMaster, who again are sometimes accused of having an anti-doctor view of the world, but then I have been accused of the same thing myself. It would be unfortunate if you did not hear from the likes of Roberta LaBelle, Greg Stoddard, or Jonathan Lomas.

I would hope that you will hear from some of the senior statesmen. If you have not had Malcolm Taylor before this committee to talk about his insights from 30 years of studying the prepayment and administration of health care and health insurance, I think it would be unfortunate. I do not know if you have had Dr. Taylor here, but I think it is absolutely critical. No one else has the historical overview of our system that he has and he has thought about the whole issue of the EPF system and where we take it, where we go beyond block funding, and what we do about cash transfers. He was obviously involved closely with the Hall Review in the early 1980s and has been involved in the scene for probably longer than any of us. He would be an invaluable witness and is a very balanced commentator on the system.

Mrs. Clancy (Halifax): Dr. Naylor, I want to say that I regret very much missing the first few minutes of your presentation, as I was enthralled by the balance of it. I have a number of questions, for which I know the chairman will not give me the amount of time I need—not out of any malice aforethought—so I will try to hit the high points.

• 1025

On the whole question of you saying the constant or the similar levels of income between Canada and the United States, despite the difference in fees and your idea that Canadian doctors are working harder, given what you have told us about the management morass and the difficulties you have already mentioned, is there any way that you can actually get a fix on that and on standards and quality of care?

Dr. Naylor: The first point to be said about whether we are working harder is that it does appear that we are working harder in terms of number of minor procedures, minor assessments, intermediate assessments and so on. I think it is proven that the average Canadian doctor, particularly in the primary care sector, is likely to do more in the way of lower-intensity visits, procedures and so on.

I also think it is likely that in the high-intensity, high-cost end, Canadian providers again do more. Our surgeons almost certainly have higher volumes on average, despite the fact that there are these discrepancies in surgical rates. There is a

[Traduction]

d'entre nous qui sont souvent de leur avis, des réactions anaphylactiques. Ils ont même été accusés de souffrir d'une envie de stéthoscope.

Des voix: Oh, oh.

Dr Naylor: Je me permettrais donc de vous recommander mon ami Geoff Anderson, qui a au moins un diplôme de médecin, même s'il n'exerce pas, et qui pourrait être un témoin utile. Geoff a étudié le financement des deux systèmes, s'intéresse à certains aspects de la qualité des soins et a collaboré à plusieurs projets de recherche avec la Rand Corporation. Il pourrait donc être un témoin particulièrement utile.

A part cela, je vous suggère bien sûr les gens de McMaster, qu'on accuse eux aussi parfois de voir le monde d'un point de vue hostile aux médecins, mais j'ai moi-même été accusé de la même chose. Ce serait dommage que vous n'entendiez pas Roberta LaBelle, Greg Stoddard, ou Jonathan Lomas.

J'espère que vous entendrez aussi certains des grands commis de l'Etat. Il serait extrêmement dommage que vous n'invitiez pas Malcolm Taylor à vous parler de ses 30 ans d'expérience dans l'étude du paiement anticipé et de l'administration de l'assurance-maladie et des soins de santé. Je ne sais pas si vous avez déjà entendu M. Taylor, mais il me semble que c'est un témoignage essentiel. Personne d'autre ne pourra comme lui vous donner une perspective historique du système et il a réfléchi à toute la question du FPE et de son évolution, de l'évolution au-delà du financement global, et de ce qu'il faut faire des transferts pécuniaires. Il a bien sûr été associé, de très près à la commission Hall au début des années 80 et il travaille dans ce domaine probablement depuis plus longtemps que n'importe lequel d'entre nous. Il est un témoin irremplaçable et présentera un point de vue très équilibré.

Mme Clancy (Halifax): Docteur Naylor, je dois vous dire combien je regrette d'avoir manqué les premières minutes de votre exposé, car le reste m'a fascinée. J'ai un certain nombre de questions, et je sais déjà que le président ne m'accordera pas tout le temps dont j'aurais besoin—non pas par méchanceté—je vais donc essayer d'aller droit à l'essentiel.

Sur toute la question des niveaux de revenu constant ou semblables entre le Canada et les États-Unis, en dépit de la différence des tarifs et de votre idée que les médecins canadiens travaillent davantage, puisque vous nous avez parlé du bourbier dans lequel se trouve la gestion et des autres difficultés, y a-t-il un moyen de régler ce problème ainsi que ceux de normes et de qualité des soins?

Dr Naylor: La première chose qu'il faut dire sur la question du travail c'est que nous semblons travailler davantage car nous pratiquons un plus grand nombre de petites procédures, de petites évaluations, d'évaluations intermédiaires, et ainsi de suite. Je pense qu'il est démontré que le médecin canadien moyen, surtout dans le secteur des soins primaires, exécute un plus grand nombre de procédures, consultations, de plus faible intensité.

Je pense qu'il est probable aussi que les dispensateurs canadiens travaillent davantage dans les activités coûteuses, à haute intensité. Il est certain qu'en moyenne nos chirurgiens pratiquent un nombre d'actes supérieur, malgré les

[Text]

paradox there, and I think it relates to the differences in manpower and in particular the larger number of specialists in the American system such that they end up with higher surgical rates despite fewer procedures per specialist.

I do not think there are any longer too many secrets about how these differences occur. There are income differences particularly for the procedural specialties that are driven entirely by the outrageous fees charged by the American specialists.

As to what constitutes quality of care, I want to give you some idea of what one has to go through to deal with that from a research project I am involved in with some American colleagues. Together with Dr. Robert Brook and Ms Elizabeth McGlynn from the Rand Corporation, Geoff Anderson and Les Roos and I are trying to look at the utilization of coronary angiography and coronary surgery in Ontario and B.C. as compared to New York State. A national panel of surgeons and cardiologists is going to be reading case scenarios, the same kind of process we use for the queue-forming criteria, and defining what appropriate care is in terms of angiography and bypass surgery. The questionnaire that is going to be filled in and the agreements achieved by the American doctors will then be transferred over to a Canadian panel, and we have the endorsement of the Canadian Cardiovascular Society and their close involvement in this research.

Our panel on this side of the border will rerate identical scenarios. My strong guess is that they are going to rate the scenarios differently and that a substantial portion of scenarios deemed appropriate by American surgeons and cardiologists will be deemed equivocal or inappropriate by Canadians because we have a much lower surgical rate and we have a more conservative style of practice. We are tougher about evidence, even though we are not tough enough.

The other thing I would hazard a guess on is that when we do the next step of the study, which means we are going to look at the charts themselves and see how the process of care measures up to these criteria, we are going to find some unusual things. First and foremost, when we sample in New York, which is under the direction of Dr. Lucien Leape from Harvard, I suspect we are going to find a lot of inappropriate and questionable care, particularly in the coronary bypass arena. I think we are going to be looking at a lot of problems.

When we sample in Ontario and B.C., I suspect we are going to find much less in the way of inappropriate care, obviously by their criteria, which are going to be more liberal, but even by our own criteria, which will be more conservative and more stringent with the Canadian panel's indications. I would still bet that we find, even with our much lower surgery rates, that we are looking at 15% of cases that are either equivocal or inappropriate.

[Translation]

différences qui existent dans le taux de fréquence des actes chirurgicaux. Il y a là un paradoxe et je pense qu'il tient au nombre de médecins et en particulier au plus grand nombre de spécialistes que l'on trouve dans le système américain, ce qui donne un taux d'actes chirurgicaux supérieur même si chacun d'entre eux en pratique moins.

Je crois que les raisons de ces différences ne tiennent plus du secret. Il y a des différences de revenu surtout dans le domaine des spécialités et ces différences s'expliquent exclusivement par les tarifs exorbitants qu'exigent les spécialistes américains.

Quant à ce qui constitue des soins de qualité, je vais vous donner une idée de ce que cela représente en vous faisant part de mon expérience dans le cadre d'un projet de recherche auquel je participe avec des collègues américains. En collaboration avec le docteur Robert Brook et M^{me} Elizabeth McGlynn de la Rand Corporation, Geoff Anderson, Les Roos et moi essayons d'étudier l'utilisation de l'angiographie coronarienne et de la chirurgie coronarienne en Ontario et en Colombie-Britannique, et de la comparer avec le taux d'utilisation dans l'État de New York. Un groupe national de chirurgiens et de cardiologues doit lire des scénarios types, selon le même procédé qu'on utilise pour déterminer l'ordre de priorité, et devra conclure ce qui constitue des soins appropriés dans le cas d'une angiographie ou d'un pontage. Les questionnaires remplis par les médecins et le consensus auquel ils seront arrivés seront alors transmis à un groupe canadien et nous avons l'appui, ainsi que la participation étroite de la Société canadienne de cardiologie.

Le groupe de spécialistes canadiens renverra les mêmes scénarios. J'ai fortement tendance à penser que leur évaluation sera différente et qu'une bonne partie des cas qui, selon les chirurgiens et cardiologues américains, justifiaient une intervention seront jugés équivoques ou non appropriés par les Canadiens car nous avons chez nous un taux de chirurgie beaucoup plus faible et un exercice beaucoup plus conservateur de la médecine. Nous jugeons les faits avec beaucoup plus de sévérité, même si nous ne sommes pas encore assez sévères.

J'aurais tendance à parier aussi qu'à la prochaine étape de l'étude, lorsque nous allons examiner les diagrammes mêmes et mesurer la procédure des soins, nous allons trouver des résultats inattendus. Tout d'abord, lorsque nous prendrons les échantillons de New York, sous la direction du docteur Lucien Leape, de Harvard, je pense que nous allons trouver un grand nombre de cas de soins inappropriés ou douteux, surtout dans le domaine des pontages coronariens. Je crois que nous allons trouver beaucoup de problèmes.

Lorsque nous examinerons l'échantillon de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, j'imagine que nous allons trouver beaucoup moins de soins inappropriés, selon leurs critères qui sont évidemment plus lâches, mais même selon les critères plus stricts et plus prudents du groupe canadien. Cependant, même avec un taux de chirurgie beaucoup plus faible, je suis prêt à parier que nous trouverons 15 pour 100 de cas douteux ou inappropriés.

[Texte]

Beyond that, one obviously wants to look at high-and low-use counties. Are the high-use counties showing high rates of inappropriate surgery? In the past that has not been proven for many procedures. It tends to be relatively random variation. Then, does that mean that the low-use counties should get more procedures? No one knows.

That gives you some sense of what is involved in trying to get a handle on quality of care even in a narrow and constrained and well-defined domain like coronary surgery and angiography, where we have a plethora of randomized trials and an industry that is relatively self-contained and cohesive in the sense that the community has pulled together. It is not easy, and I think we just basically have to look at that kind of research as an investment in the future of health care in this country, as in the U.S.A., and pay the dollars and get on with doing it.

Mrs. Clancy: Now this was just one of your comments, and I may be asking the wrong person, but you mentioned in the whole question of elderly demographics that Canada lags behind—that although there is a bulge, it is not as large a problem as it may be elsewhere. Are you talking the short term or the long term?

• 1030

Dr. Naylor: You are asking the wrong person, in that I am not an demographer—

Mrs. Clancy: Yes, I know that.

Dr. Naylor: —although members in my unit have expertise in that area. My guesstimate—and it is a guesstimate informally—is that we are looking at a several-year lag time before we get to the worst of our problem as compared with other countries like Sweden.

Mrs. Clancy: And what you are saying is that the worst of our problem will not be as bad as certain other countries, like Sweden or—

Dr. Naylor: No, I think the worst of our problem will be every bit as bad—

Mrs. Clancy: Every bit as bad.

Dr. Naylor: —but it is simply that we have not yet—

Mrs. Clancy: So we were a little later starting.

Dr. Naylor: The bulge is still moving along in terms of the aging of the population and we are not there yet. I think we are probably talking several years. I cannot be more specific, I am afraid.

Mrs. Clancy: The other thing, in the list of procedures I noted one of the discrepancies, that one of the fewer procedures performed in Canada was the Caesarean procedure, which, as I know you are aware, has created a great deal of controversy, particularly with women's groups and women's health groups. I think when I saw that it made me feel slightly better about Canadian medical care. Would you relate that to the same kind of, excuse the word,

[Traduction]

À part cela, il faut bien sûr examiner les comtés à forte et faible utilisation. Ceux où l'utilisation est plus élevée ont-ils un taux plus élevé d'actes chirurgicaux inappropriés? Par le passé cela n'a pas été prouvé pour bien des procédures. Les variations sont relativement aléatoires. Faut-il en déduire que les comtés à faible utilisation devraient procéder à un plus grand nombre d'actes chirurgicaux? Personne ne le sait.

Cela vous donne une idée de la difficulté qu'il y a à évaluer les soins de santé même dans un domaine aussi limité et bien défini que l'angiographie et la chirurgie coronarienne, où nous disposons d'une pléthore d'essais aléatoires et dans un domaine relativement bien délimité et à grande cohésion en ce sens que la communauté est unie. Ce n'est pas facile, et nous devons essentiellement considérer ce type de recherche comme un investissement dans l'avenir des soins de santé au Canada, ainsi qu'aux États-Unis, payer ce qu'il faut et le faire.

Mme Clancy: C'était juste un commentaire que vous avez fait, et ce n'est peut-être pas à vous que je devrais adresser la question, mais vous avez mentionné le problème du vieillissement de la population au Canada qui est plus lente qu'ailleurs; même s'il y a un gonflement, le problème n'est peut-être pas aussi important qu'ailleurs. Voulez-vous dire à court terme ou à long terme?

Dr Naylor: Ce n'est pas à moi qu'il faut poser la question, je ne suis pas démographe. . .

Mme Clancy: Oui, je le sais.

Dr Naylor: . . . bien qu'il y ait dans mon groupe des gens qui s'y connaissent dans ce domaine. Je dirais—et ce n'est qu'une estimation officieuse—que comparez à des pays comme la Suède, nous arriverons au plus fort du problème avec quelques années de retard.

Mme Clancy: Et vous dites qu'au plus fort du problème la situation ne sera pas aussi grave ici que dans d'autres pays, comme la Suède ou. . .

Dr Naylor: Non, je pense que notre problème sera tout aussi grave. . .

Mme Clancy: Aussi grave.

Dr Naylor: . . . mais simplement nous n'y sommes pas encore. . .

Mme Clancy: Nous commençons donc avec un peu de retard.

Dr Naylor: Le renflement n'est pas encore terminé, nous ne sommes pas encore arrivés au maximum du vieillissement de la population. Il faudra probablement attendre plusieurs années. Je regrette de ne pouvoir être plus précis.

Mme Clancy: Autre chose. J'ai remarqué dans la liste des procédures médicales une autre différence, soit que les interventions césariennes sont moins fréquentes au Canada; or, vous savez que les césariennes sont très controversées, surtout par les groupes de femmes et celles qui s'intéressent aux questions de santé. Quand j'ai vu cette différence cela m'a rassurée un petit peu sur les soins médicaux au Canada. Cela tient-il, selon vous, à une théorie plus conservatrice—

[Text]

conservative theory as you did your previous comments about quality of care?

Dr. Naylor: I would. And I think that the very fact that we had a Canadian consensus conference on aspects of Caesarean birth, that we have criteria promulgated and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada has been integrally involved in trying to set standards and close the loop, all of that to me argues for this notion that if you can get providers to buy in—obviously it would be nice to have consumers much more involved too—and be part of this entire management exercise, you can probably do something constructive. We need to do a lot more.

I think nature tells us that millions of years did not create a uterus that was designed to routinely suffocate fetuses and probably our Caesarean rates are much higher than they need to be. But there are a lot of factors that have driven them up: aging mothers, the first child in the 30s, the demand for the perfect baby, idiotic application of technology, particularly routine fetal monitoring, which was another example of technology applied with no real rationale that ended up causing a cascade effect, and inappropriate intervention. On and on it goes. So I think it is nothing malevolent, nothing financial particularly, it is just this whole concatenation of irrational care.

Mrs. Clancy: We know too much.

Dr. Naylor: Yes.

Mrs. Clancy: Just one more tiny one. I am forever reminding some of my colleagues on this committee that there are other parts of the country besides Ontario and British Columbia. Coming from the Maritimes in particular, when you talk about rationing, I think we are very much aware of at least implicit rationing in Atlantic Canada because I think we have rationing by regionalism. I am thinking not just of the Atlantic where we have sort of one central area that can provide, I am talking of my own city of Halifax, which is really the regional health centre, and the fact that when you talked about people of a certain educational or economic level who therefore know how to use the system, well, there are people who would not allow a hangnail to be treated outside the city of Halifax in the Atlantic region. That may be unfair to some care-providers, but it is probably a safer theory all the way along. That is a major problem.

Another problem that you mentioned yourself is the north. I am thinking of problems relating to specific procedures in different parts of western Canada, isolation and that sort of thing. Do you throw that into the morass? I am thinking then, when I look at your report card giving us an A, that maybe what we really have is a C, once you get outside of the more populated areas.

Dr. Naylor: In terms of user satisfaction.

Mrs. Clancy: Yes.

[Translation]

passiez-moi l'expression—comme pour les autres exemples que vous avez donnés concernant la qualité des soins?

Dr. Naylor: Oui. Et le fait même que nous ayons eu au Canada une conférence de consensus sur les aspects de l'accouchement par césarienne, que nous ayons promulgué des critères et que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ait participé à l'établissement de normes, tout cela selon moi montre que si l'on peut faire participer des dispensateurs—évidemment ce serait bien de pouvoir faire participer davantage les consommateurs—si on peut les faire participer à tout cet exercice de gestion, on peut probablement obtenir des résultats. Nous devons aller encore plus loin.

La nature me semble-t-il n'a pas passé des millions d'années à concevoir un utérus fait pour suffoquer le fœtus, systématiquement et il est fort probable que notre taux de césariennes soit beaucoup trop élevé. Mais cela est dû à de nombreux facteurs: des mères plus âgées, un premier enfant dans la trentaine, l'exigence d'un bébé parfait, l'application irréflectée de la technologie, surtout la surveillance du fœtus pratiquée comme routine, autre exemple de technologie sans véritable justification qui a fini par causer un effet de cascade, et les interventions inappropriées. Et la liste continue. Ce n'est donc pas par sombre dessein, pas particulièrement pour des raisons financières, c'est tout simplement un engrenage de soins irrationnels.

Mme Clancy: Nous en savons trop.

Dr. Naylor: Oui.

Mme Clancy: Encore une toute petite question. Je rappelle à certains de mes collègues de ce comité que le pays ne s'arrête pas à l'Ontario et à la Colombie-Britannique. Comme je viens des Maritimes, quand vous parlez de rationnement, j'ai l'impression que c'est ce que nous faisons déjà, du moins implicitement dans l'Atlantique car le rationnement semble se faire par région. Je ne songe pas seulement à l'Atlantique où il y a une zone centrale où l'on peut obtenir des soins—je parle de ma propre ville de Halifax—qui est vraiment le centre de santé de la région, et quand vous avez parlé de niveau d'éducation ou de niveau socio-économique de gens qui sont en mesure d'utiliser le système, eh bien dans la région de l'Atlantique il y a des gens qui ne se feraient pas soigner pour un ongle incarné ailleurs qu'à Halifax. C'est peut-être injuste à l'égard de bien des dispensateurs de soins, mais c'est probablement dans l'ensemble plus sûr. C'est un problème grave.

Un autre problème se pose dans le Nord, vous l'avez mentionné vous-même. Je songe aux problèmes concernant certaines procédures précises dans différentes parties de l'Ouest, de l'isolement, entre autres choses. Cela fait-il partie pour vous de ce borborygme dont vous parliez? Alors quand je vois que dans votre carnet de notes vous nous donnez un A, je me dis que nous méritons peut-être plutôt un C, dès que l'on sort des régions les plus peuplées.

Dr. Naylor: Si l'on juge d'après la satisfaction de l'utilisateur.

Mme Clancy: Oui.

[Texte]

Dr. Naylor: That is a very tough call. When you look at the distribution of service utilization urban-rural in not so remote parts of the country—and this is not an area that I am intimately familiar with but superficially familiar—the discrepancies urban-rural are not all that striking, and yet we know when you get into major north-south discrepancies and regional variations they can be quite large.

I guess I still feel that we have a system that satisfies most users most of the time, and where I come back to your point and give the system a bad grade is on the issue of equity, rather than necessarily user satisfaction.

I mentioned in the presentation what I continue to feel to be the case, and that is that the federal government may well have been remiss in not trying to monitor closely the way in which the implementation of this system has led to regional discrepancies and interprovincial discrepancies.

• 1035

It seems to me that the focus on maintaining the cornerstone principles, on eliminating extra charges and user fees and so on, while perhaps admirable, has really led to the same phenomenon we have seen with provincial governments that hand over the dollars and say what you do with it is your business. To some extent the federal government has done the same thing.

I would argue that at some point in the decision-making process about where the fiscal arrangements go, you will have to decide whether or not you put in place a monitoring body of some sort that looks at health status, health standards, service profiles, service utilization—

Mrs. Clancy: Exactly.

Dr. Naylor: —by region, and addresses, first of all, whether or not you have an equitable system on a national basis rather than a patchwork quilt, and secondly, whether or not you want to put some kind of fiscal sledge hammer to work to ensure that system is equitable, region by region, or whether you want to provide fiscal incentives, which harkens back to the bad old days, which I gather you want to move away from.

One way or another, some very tough decisions are coming down the road about what the federal government's role is in terms of the interprovincial inequities that are almost certainly bound to emerge as one moves away from any kind of strong cash transfer position. I think it is inevitable that we are going to see a much more diverse system, with ten different health insurance systems and different outcomes, and per capita income by province and region is going to come into play. It is inevitable.

Mrs. Clancy: It is scary. Thank you, Dr. Naylor.

Ms Greene (Don Valley North): You just got into the area I want to talk about. With respect to the whole EPF funding, basically you are saying that this has been very ineffective. What are the sorts of distortions in the system that you have seen? I am just wondering what sorts of recommendations you might like to see this committee make in that respect.

[Traduction]

Dr Naylor: C'est très difficile à dire. Si l'on considère la répartition des services entre régions urbaines et rurales dans des régions pas très éloignées du pays—et je ne connais pas très bien ce domaine, je n'en ai qu'une connaissance superficielle—les différences entre milieux urbain et rural ne sont pas si frappantes, et pourtant nous savons que les différences peuvent être énormes entre le Nord et le Sud et selon les régions.

Je continue de croire que notre système donne satisfaction à la plupart de ses utilisateurs la plupart du temps, et là où je suis de votre avis pour donner au système une mauvaise note, c'est sur l'aspect d'égalité, plutôt que celui de la satisfaction des utilisateurs.

J'ai dit dans mon exposé, et je continue d'en être convaincu, que le gouvernement fédéral a peut-être bien eu tort de ne pas suivre de près la manière dont l'application du régime peut avoir mené à des différences régionales et interprovinciales.

Il me semble qu'en voulant absolument maintenir les principes fondamentaux, éliminer les surcharges et les tickets modérateurs, bien que tout cela soit admirable, nous avons en fait reproduit les situations des gouvernements provinciaux qui remettent simplement l'argent et faites-en ce que vous voulez. Dans une certaine mesure, le gouvernement fédéral a fait la même chose.

Je pense qu'à un certain moment dans la discussion sur l'évolution des arrangements fiscaux, vous aurez à décider s'il faut ou non créer un organisme de contrôle qui serait chargé de surveiller l'état de santé, les normes de santé, les profils de services, l'utilisation. . .

Mme Clancy: Exactement.

Dr Naylor: . . . par région, et qui aurait à décider, tout d'abord, si nous avons vraiment un système national égal ou s'il est disparate et, deuxièmement, si nous voulons ou non donner un double tour d'écrou fiscal pour nous assurer que le système est équitable, région par région, ou préférons-nous accorder des encouragements fiscaux qui nous rappellent le mauvais vieux temps, auquel vous ne tenez pas à retourner, je pense.

Quoi qu'il en soit, le gouvernement fédéral aura à prendre des décisions difficiles sur son rôle dans la question des inégalités interprovinciales, question qui ne peut que surgir à mesure que l'on s'éloigne du système des transferts pécuniaires. L'apparition d'un régime plus varié est inévitable, avec dix systèmes d'assurance-santé et des résultats différents, et avec l'influence qu'ont aussi les revenus par habitant des provinces et régions. C'est inévitable.

Mme Clancy: C'est inquiétant. Merci, docteur Naylor.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Vous avez tout juste abordé la question dont je voulais traiter. A propos du FPE, vous avez dit essentiellement qu'il s'était avéré très inefficace. Quel genre de déséquilibres avez-vous pu constater? Je me demande quel genre de recommandations vous souhaiteriez voir le comité faire à ce propos.

[Text]

Dr. Naylor: I do not want to dodge the bullet, but I am going to dodge it anyway. It seems to me there is a very tough decision point we are at as to where medicare goes. Provincially, it is relatively unmanaged. The provincial governments are making their efforts, but they are inadequate so far.

As the federal government pulls back in terms of cash transfers, it is possible that the provincial governments will feel more and more able to experiment with new modes of delivering care. They will feel compelled to do so because they carry more of a direct or clear-cut financial burden to match their administrative responsibilities. These are potentially beneficial things that could happen.

The obvious pitfall that I think you will hear time and time again is that if you pull back in terms of the cash transfer position you may well face a system in which you get the recurrence of user fees, which may or may not please you. You get the recurrence of deductibles. You get very differing patterns of service and utilization by province and by region, and whether or not that is good or bad or indifferent is a very tough judgment call. It certainly is not what people had in mind when medicare was set up, but times have changed and we have a very difficult, unmanageable country, and I think we face some tough decisions.

My own bias, and it is a bias, is that I would like to see a national health insurance system that has some uniformity of standards. I would like to see the federal government maintaining its traditional role of exerting some leverage on the provinces through the cash transfer method, or by whatever mechanism one chooses. You need some way of doing it. It does not have to be cash transfers, but you must have some lever to ensure that standards are maintained on a uniform basis.

I have endorsed a notion of a federal monitoring body looking at health services and health status coast to coast as part of the federal role. Moral authority does not buy you much in 1990. So if you are able to say New Brunswick is not able to provide services for its citizens on an appropriate basis, New Brunswick is going to turn around and say what do you expect, our per capita income is lower; we are in a financially strapped position—will you please give us more money to get on with the job?

There is this Catch-22 in terms of the federal government's position. If you want to maintain a uniform system, if you want to monitor it, you are probably also going to be asked to provide the dollars to help ensure that uniformity and equity are maintained. I do not envy your decision-making.

• 1040

Ms Greene: You are obviously very familiar with the Toronto situation and I think people from the Maritimes and so on have the attitude that Toronto has everything.

Mrs. Clancy: It has a lot more than we have.

Ms Greene: How do you feel about the level of dissatisfaction? Coming from Toronto, I hear a lot of dissatisfaction. I hear a lot of complaints about North York General Hospital and long waiting times. I have a constituency assistant whose husband waited over two years to get hip surgery done. It was very severe.

[Translation]

Dr Naylor: Je ne veux pas me défilier, mais je vais le faire. Il me semble que nous sommes à un tournant très difficile dans l'histoire de l'assurance-santé. Au niveau provincial elle n'est pratiquement pas gérée. Les gouvernements provinciaux font des efforts, jusqu'ici tout à fait insuffisants.

A mesure que le gouvernement fédéral se retire des transferts pécuniaires, il est possible que les gouvernements provinciaux se sentent de plus en plus libres d'essayer de nouveaux types de soins de santé. Ils s'y verront obligés car ils porteront une responsabilité financière plus directe et plus claire en pendant de leurs responsabilités administratives. Ce sont là des aspects positifs de ce qui pourrait arriver.

L'aspect négatif qu'on vous répétera sans cesse c'est que si le gouvernement se retire des transferts pécuniaires, on risque de voir revenir le ticket modérateur, ce qui peut ou non vous faire plaisir. On verra réapparaître les franchises. Les modèles d'utilisation et de services varieront énormément selon la province et la région, et il est très difficile de dire si cela est bon, mauvais ou indifférent. Ce n'est en tout cas pas ce qu'envisageaient les Canadiens lorsque le régime d'assurance-santé a été créé, mais les temps ont changé, notre pays est devenu difficile, ingérable, et je pense que nous allons avoir à prendre des décisions difficiles.

Personnellement j'ai un préjugé favorable, et c'est un préjugé, en faveur d'un régime d'assurance-santé national avec des normes uniformisées. Je voudrais que le gouvernement fédéral continue d'user de son influence auprès des provinces par la voie des transferts pécuniaires ou par un autre mécanisme. Il faut avoir un moyen, pas nécessairement les transferts pécuniaires, mais il faut un moyen d'influence pour s'assurer que les normes resteront uniformes.

J'appuie l'idée d'un organisme de contrôle fédéral qui examinerait les services de santé et l'état de santé d'un océan à l'autre à la lumière du rôle fédéral. L'autorité morale ne va pas loin de nos jours. Donc si vous pouvez dire au Nouveau-Brunswick que les services qu'il fournit à ses citoyens ne sont pas appropriés, le Nouveau-Brunswick pourra vous répondre: que voulez-vous, notre revenu par habitant est plus faible; nous sommes dans une situation financière très difficile. Pouvez-vous nous donner davantage d'argent pour que nous puissions nous acquitter de nos responsabilités?

Le fédéral se trouve dans une situation inextricable. Si vous voulez maintenir un régime uniforme, assurer son contrôle, on va probablement vous demander de mettre de l'argent sur la table pour contribuer au maintien de l'uniformité et de l'équité. Je n'envie pas votre position.

Mme Greene: Vous connaissez très bien la situation à Toronto et je crois que les gens des Maritimes et d'ailleurs ont l'impression que Toronto a tout.

Mme Clancy: Beaucoup plus que nous.

Mme Greene: Que pensez-vous du niveau d'insatisfaction? Venant de Toronto, je constate qu'il y a beaucoup d'insatisfaction. J'entends beaucoup de plaintes concernant l'Hôpital Général de North York et les longs délais. J'ai une assistante dans mon bureau de circonscription dont le mari a dû attendre deux ans pour se faire opérer de la hanche. Son cas était grave.

[Texte]

There are lots of instances in the papers; most of the horror stories are in the papers. There are patients from the Toronto area having to come to Ottawa to be treated for cancer, far away from families and so on, some very inefficient things. There may be more health care going on in southern Ontario, but I think there is a very high level of dissatisfaction. Maybe there is a higher demand because there is an awareness of what can be done to cure various ailments.

Dr. Naylor: It is so tough to pin these things down because if you step back and look at health status and service profiles overall, there are certainly some regional and provincial disparities.

The problem is that they have not been studied in sufficient detail, which is why I keep harping on this notion of not only getting provincial management information, but also getting the federal government to have a role in trying to look at the overall system province by province.

I am a little distressed by the fact that we have a discrepancy between the surveys and the perceptions generated by the media, which most of us hear anecdotally. The only way I can explain it is that most of us are well most of the time. We like the principles of medicare. We think the system is good. We hear that it is good and it is only when you come in contact with it directly and have a frustrating experience that you begin to say wait a minute, this may not be what I had envisaged.

I think so few of us come in contact with the system in an adverse way, waiting two years for surgery or whatever, that most of us remain complacent. But I think there is trouble brewing in paradise.

In particular, if we look at Ontario as a bellwether and a privileged region, there is no question there are waiting lists of 18 months for hip surgery in many centres. There are waits to get to see an ophthalmologist, let alone get your cataract removed. There is at the same time ever-increasing utilization of minor and intermediate assessments and sniffles and nosebleeds and everything else. We have a system that really does not make a lot of sense. It is partly because it is unmanaged on the supply side.

We can talk about manipulating demand, but I will tell you the first priority is to get on with managing the supply side in a reasonable way, trying to get some kind of order out of the chaos. I am certain that if you looked behind those 18-month waiting lists, you would first of all find some centres where the waiting list is a few weeks or a few months. Second, you will find bad planning that meant we did not get enough orthopedic surgeons when we needed them. You will find terrible planning in the hospitals. It means that the surgeons we have do not get enough OR time to clear their waiting lists. Meanwhile, we are doing liver transplants. Meanwhile, we are doing bypass surgery because we want to

[Traduction]

On en voit de nombreux exemples dans les journaux. Les histoires les plus horribles sont souvent dans les journaux. Il y a des malades dans la région de Toronto qui doivent venir se faire soigner d'un cancer à Ottawa, loin de leur famille et de tout; c'est très inefficace. Il y a peut-être davantage dans le domaine des soins de santé dans le sud de l'Ontario, mais il n'en reste pas moins que le taux d'insatisfaction est très élevé. Peut-être que la demande est plus forte parce que les gens sont conscients de tout ce qui peut être fait pour guérir diverses maladies.

Dr Naylor: Il est si difficile de déterminer ce genre de choses, car si l'on considère l'état de santé et le profil de services général, il est certain qu'il y a des disparités régionales et provinciales.

Le problème vient de ce que nous n'avons pas examiné suffisamment en détail la question et c'est la raison pour laquelle je reviens sans cesse à l'idée qu'il faut une gestion de l'information au niveau provincial, mais aussi à celle que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans l'étude du régime global, province par province.

Je me désole de constater qu'il y a divergence entre le résultat des études et la perception donnée par les médias, d'où nous tirons presque tous des anecdotes. Je ne peux l'expliquer qu'en disant que la plupart d'entre nous sont en bonne santé la plupart du temps. Nous tenons au principe de notre régime d'assurance-maladie. Nous trouvons que c'est un bon système. On nous le dit, et ce n'est que lorsqu'on en fait une expérience négative que l'on commence à se poser des questions, à se dire qu'il n'est peut-être pas tel qu'on l'avait imaginé.

Si peu d'entre nous ont une expérience négative du système, ont à attendre deux ans pour une opération, c'est que nous restons dans l'ensemble très satisfaits. Mais j'ai l'impression que l'idylle se gâte.

Si l'on prend le cas de l'Ontario, en particulier, en tête des régions privilégiées, il est certain qu'en bien des endroits il y a une liste d'attente de 18 mois pour les opérations de la hanche. Il faut attendre pour voir un ophtalmologiste et attendre encore plus longtemps pour se faire opérer de la cataracte. Parallèlement, on voit augmenter sans cesse le nombre d'évaluations mineures et intermédiaires, les cas de rhume et de saignements de nez. Nous avons un système qui n'est pas très rationnel, et c'est en partie parce qu'il n'est pas géré du côté de l'offre.

On peut parler de manipuler la demande, mais j'estime quant à moi que la priorité serait de gérer l'offre de manière raisonnable, d'essayer de mettre un peu d'ordre dans ce chaos. Je suis sûr que si l'on allait voir de plus près ces listes d'attente de 18 mois, on s'apercevrait pour commencer que dans certains centres l'attente est de quelques semaines ou de quelques mois. Deuxièmement, on s'apercevrait qu'il y a eu une erreur de planification, c'est-à-dire que nous n'avons pas formé suffisamment de chirurgiens orthopédistes quand nous en avions besoin. Nous verrons que la planification dans les hôpitaux est catastrophique. Cela veut dire que les chirurgiens n'ont pas suffisamment accès aux salles

[Text]

clear that waiting list. Meanwhile, we are doing gall bladders, where there is no waiting list to speak of and we are probably doing too many of them.

Suddenly, when you look at the system in context, you begin to realize that we may not need a lot more dollars to get rid of that hip surgery waiting list. Had we planned intelligently five years ago or put in place some mechanisms we needed for manpower and allocation of resources, we would not have the same problems.

The Chairman: I would like to move to Mr. Wilbee in the time remaining.

Mr. Wilbee (Delta): I certainly appreciate your comments. I feel very much like a starving man who has arrived at a smorgasbord. There has been so much information given to us today that I am sure it will take a long time to assimilate it and digest it.

My background is 30 years in family practice, so I appreciated your statistics on the changes in practice. It is certainly what I have experienced, and I wondered whether it was national in scope or just in local practice.

I guess I was most intrigued with your giving both the United States and Canada an F in management in a couple of areas. I guess I do not really see clearly what you consider management of the supply side. Who is going to do that? Is it the doctors? Is it government? How do we manage health care?

• 1045

Dr. Naylor: Let me give you an example of how health care can be managed from some work I am involved with. That is again cardiovascular, because I am an internist primarily involved in cardiovascular clinical epidemiology.

I mentioned that we had a waiting list problem for coronary surgery and that we set up consensus panels of providers. We had government funding to do it, but it was hands off. They were not allowed to play any role in deciding on the queue-forming schema, the time windows, or anything else. We did it all ourselves.

We then put together a computer program to look at rank-ordering waiting lists according to needs. Then there was a provincial network committee set up where there was a government representative and some government discretionary funding. But basically it is surgeons and cardiologists, nurses, what have you, around the table talking about how better to manage the system.

[Translation]

d'opération pour pouvoir résorber leurs listes d'attente. Pendant ce temps-là, on fait des greffes du foie. Pendant ce temps-là, on fait des pontages coronariens parce qu'on veut éponger la liste d'attente. Pendant ce temps-là, on opère des vésicules biliaires alors qu'il n'y a pratiquement pas de listes d'attente et que de toute manière on en opère probablement trop.

Tout à coup, quand on examine le système de plus près, on commence à se rendre compte que ce qu'il faut pour réduire l'attente pour cette opération de la hanche ce n'est peut-être pas des fonds supplémentaires. Si, il y a cinq ans, nous avions planifié de manière intelligente, si nous avions prévu les mécanismes nécessaires pour la répartition des ressources financières et humaines, nous ne connaîtrions pas ce genre de problèmes.

Le président: Dans le temps qui nous reste j'aimerais donner la parole à M. Wilbee.

M. Wilbee (Delta): J'apprécie vraiment vos commentaires. Je me sens tout à fait comme un affamé à un banquet. Vous nous avez donné tant d'information aujourd'hui qu'il me faudra un certain temps pour l'assimiler et la digérer.

J'ai 30 ans d'expérience de la médecine familiale, et j'ai donc particulièrement apprécié les chiffres que vous nous avez donnés sur les changements dans ce secteur. Cela correspond à ce que j'ai pu constater, et je me demandais si cela était un phénomène national, ou s'il se limitait à l'exercice local.

Ce qui m'a intrigué le plus, sans doute, c'est la mauvaise note que vous avez donnée aux États-Unis et au Canada pour la gestion dans certains domaines. Je crois que je ne comprends pas très bien ce que vous voulez dire par gestion de l'offre. Qui va s'en occuper? Les médecins? Le gouvernement? Comment peut-on gérer les soins de santé?

Dr Naylor: Permettez-moi de vous donner un exemple de ce que l'on peut faire pour gérer les soins de santé d'après une étude à laquelle je participe. Encore une fois, c'est dans le domaine cardiovasculaire, puisque je suis spécialiste des maladies internes et que je m'intéresse principalement à l'épidémiologie clinique cardiaque.

J'ai dit que nous avions un problème de liste d'attente pour la chirurgie coronarienne et que nous avons mis sur pied un groupe de décision composé de dispensateurs. Nous avons pour cela reçu des fonds du gouvernement, mais sans ingérence de sa part. Nous n'avons pas accepté qu'il joue un rôle dans la décision des modes d'établissement des priorités, des temps réservés ou autres. Nous avons tout décidé nous-mêmes.

Nous avons ensuite élaboré un logiciel informatique qui nous permettait d'établir un ordre prioritaire dans les listes d'attente, en fonction des besoins. Il y a eu ensuite un comité de liaison provincial au sein duquel siégeait un représentant du gouvernement et qui bénéficiait d'un certain financement discrétionnaire de la part du gouvernement. Mais il était composé essentiellement de chirurgiens, cardiologues, infirmières, par exemple, qui décidaient de la meilleure façon de gérer le système.

[Texte]

We are now moving towards designing and implementing, as I said, a management information network that will allow people to know who refer in patients, what the waiting times are, if not by surgeon, at least by hospital. There will also be a lingua franca so that urgency rating will be done in a standardized fashion.

You look at that type of thing as a model for what we can have in health care in Canada. I think it suggests that a co-operative endeavour between providers and government is possible, that a lot of what needs to be done is, I am afraid, relatively draconian, and I would encourage governments to stop paying for inappropriate care. But beyond that, when you get into the area of reasonable things to do, I see no reason why one cannot have a lot of provider autonomy and provider-driven management. In essence, it is the fundamental principle of professionalism. Professionalism basically consists in autonomy. Autonomy occurs because providers regulate themselves. Same principle as democracy. Democracy occurs because people regulate themselves to some extent. Same thing with professionalism in the provider realm. If there is self regulation, if there is a concerted effort to impose collegial controls, and if there is some sting in the tail fiscally, because there has to be, then I think you are going to have a much better organized system.

That applies as well for hospitals. On the hospital side we need much more in the way of centralized management and centralized information. The global budgeting system I think is very nice in terms of minimizing overheads, but it is a bit of a snare in the sense that we do not know what happens under the globe. We have to move away from the global budgeting system, in part towards case-mixed base funding, towards much more in the way of regionalization and rationalization in technology assessment.

In any sector we could sit down and one could come up with a menu of management options that could be put in place, ranging from the smallest hospital to the quaternary hospital.

Mr. Wilbee: I can see management in one section, such as cardiology. It is when you start to argue with the chest people or the neurologists. . . And you mentioned the squeaky wheel. When we are talking about management, in medical politics there is always that conflict between the orthopods and the—

Dr. Naylor: I think at some point we are going to have to look at how to allocate resources between the various sectors. But before we even get into a lot of those debates, within each sector the argument can start from ground zero; namely, you have this much in the way of resources. You may need a little more in the way of an injection or an investment to get your management systems in place; you may have to have some start-up capital to make the system more intelligent. But for heaven's sake, get on with putting your house in order, and do not ask for new shingles until you have looked at the roof.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Wilbee. As I said at the beginning, I knew we would require more time. Unfortunately, we do not have that.

[Traduction]

Nous procédons maintenant à la conception et à la mise en oeuvre, comme je l'ai dit, d'un réseau de gestion de l'information qui nous permettra de savoir qui recommande des hospitalisations, quels sont les délais, sinon par chirurgien, au moins par hôpital. Nous aurons aussi un langage commun qui nous permettra d'uniformiser l'évaluation des urgences.

Nous considérons que c'est un modèle de ce qui peut se faire dans les soins de santé au Canada. Il démontre qu'il est possible de faire travailler ensemble dispensateurs et gouvernement, qu'une bonne part des mesures à prendre sont, malheureusement, draconiennes, et j'encourage les gouvernements à cesser de financer des soins inappropriés. Mais au-delà, quand on entre dans le domaine de ce qui est raisonnable, je ne vois pas pourquoi les dispensateurs ne seraient pas autonomes et responsables de leur propre gestion. C'est en fait un principe fondamental du professionnalisme. Le professionnalisme est fondé sur l'autonomie. L'autonomie provient de l'auto-réglementation. C'est le même principe que pour la démocratie. La démocratie est possible parce que dans une certaine mesure les peuples s'auto-réglementent. C'est pareil pour le professionnalisme des dispensateurs. S'il y a auto-réglementation, s'il y a un effort concerté pour faire accepter des contrôles collégiaux, et s'il y a des conséquences dans le financement, car cela est nécessaire, alors, je crois, nous pourrions avoir un système bien mieux organisé.

Cela vaut aussi pour les hôpitaux. De ce côté-là, il nous faut une gestion et une information beaucoup plus centralisées. Le système du budget global est très utile en ce sens qu'il limite les frais généraux, mais il présente un piège par ailleurs car nous ne savons pas ce qui se passe à l'intérieur du bloc. Nous devons nous éloigner du système de budgétisation globale, pour adopter un mode de financement à base mixte, une plus grande régionalisation et rationalisation aussi des évaluations technologiques.

Dans n'importe quel secteur, nous pourrions rédiger un menu des options de gestion qui pourraient s'appliquer du plus petit hôpital à l'hôpital quaternaire.

M. Wilbee: J'imagine bien la gestion dans un domaine comme la cardiologie. C'est avec les neurologues et les spécialistes des poumons. . . Et vous avez parlé de la roue qui grince. Dans le domaine de la gestion, dans la politique de la médecine, il y a toujours ce conflit entre les orthopédistes et. . .

Dr Naylor: Il va falloir à un moment décider comment répartir les ressources entre les divers secteurs. Mais avant d'entrer dans ce débat, au sein de chaque secteur même on peut partir la discussion à partir d'une base zéro, c'est-à-dire, vous avez tant. Il vous faudra peut-être un petit apport supplémentaire ou un investissement pour mettre en place votre système de gestion; il vous faudra peut-être des fonds de démarrage pour améliorer l'efficacité du système. Mais au nom du ciel, commencez à mettre de l'ordre chez vous, et ne venez pas nous demander de nouvelles tuiles avant d'avoir examiné le toit.

Le président: Merci, monsieur Wilbee. Comme je l'ai dit au départ, je savais qu'il nous faudrait plus de temps. Malheureusement, cela ne nous est pas donné.

[Text]

Dr. Naylor, we sincerely thank you for your presentation this morning. The frankness of your presentation and the statistics therein were certainly interesting to the committee. In the material provided for us, there are some statistics that you used. Could we get the remainder, perhaps the graphs and some of the other presentations you used in the slide presentation this morning?

Dr. Naylor: I can try to dig out the hard copies. I apologize for not having them immediately available, but as you can imagine, slides accrue rather like closets or fossils—over time and in a rather uncertain way. I will get what I can to you.

The Chairman: Thank you. And thank you as well for providing us with some suggestions for additional witnesses. I know there are a lot of questions out there. You will probably find on your way to the airport that your taxi driver will have all the answers. If not, your barber will. That is who tells me how to run the government. That is where the best information comes from. Thank you very much, doctor. We appreciate your being here.

The meeting is adjourned.

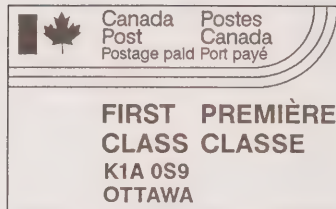
[Translation]

Docteur Naylor, nous vous remercions sincèrement de votre exposé de ce matin. Le comité a beaucoup apprécié à la fois votre franchise et les statistiques que vous nous avez mentionnées. Certaines sont contenues dans les documents que vous nous avez fournis. Serait-il possible d'obtenir les autres, peut-être avec des tableaux et le reste du matériel que vous avez utilisé dans votre diaporama?

Dr Naylor: Je peux essayer de retrouver les copies papier. Je suis désolé de ne pas les avoir mises tout de suite à votre disposition, mais vous savez que les diapositives ont tendance à s'accumuler comme les placards ou les fossiles, chronologiquement, et sans ordre particulier. Je vous ferai parvenir ce que je trouverai.

Le président: Nous vous en remercions. Nous vous remercions également de nous avoir suggéré d'autres noms à ajouter à notre liste de témoins. Je sais qu'il y a d'innombrables questions à poser. Sur le chemin de l'aéroport vous constaterez probablement que votre chauffeur de taxi connaît toutes les réponses. Et s'il ne les a pas, votre coiffeur pourra vous les donner. Ce sont eux qui me conseillent sur la manière de gouverner. Ce sont les meilleures sources d'information possibles. Encore une fois, docteur, merci d'être venu.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS

As individual:

Dr. David Naylor, Director, Clinical Epidemiology Unit, Sunnybrook Health Science Centre and Assistant Professor, University of Toronto.

TÉMOIN

À titre personnel:

David Naylor, directeur, Unité d'épidémiologie, Centre des sciences de la santé de Sunnybrook, et professeur adjoint, Université de Toronto.

HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 44

Fascicule n° 44

Tuesday, November 6, 1990

Le mardi 6 novembre 1990

Chairman: Bob Porter

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, NOVEMBER 6, 1990

(54)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:05 o'clock a.m. this day, in Room 269 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Dawn Black for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Joan Vance, Research Officer.

Witnesses: From the Canadian Mental Health Association: Mary D. Oordt, National President; Craig Hurst, Member of the Board of Directors; Edward J. Pennington, General Director; Bonnie Pape, Director of Program. *From the Canadian Physiotherapy Association:* Nancy Plews, President; Brenda Myers, Executive Director.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Craig Hurst made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 10:03 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:10 o'clock a.m., the sitting resumed and the representatives from the Canadian Physiotherapy Association appeared before the Committee. Nancy Plews made a statement and with the other witness, answered questions.

At 10:59 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 6 NOVEMBRE 1990

(54)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 05, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Dawn Black remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Joan Vance, attachée de recherche.

Témoins: De l'Association canadienne pour la santé mentale: Mary D. Oordt, présidente nationale; Craig Hurst, membre du Conseil; Edward J. Pennington, directeur général; Bonnie Pape, directrice du programme. *De l'Association canadienne de physiothérapie:* Nancy Plews, présidente; Brenda Myers, directrice administrative.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Craig Hurst fait un exposé puis, avec les autres témoins, répond aux questions.

A 10 h 03, la séance est suspendue.

A 10 h 10, la séance reprend puis, Nancy Plews, de l'Association canadienne de physiothérapie, fait un exposé et, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 10 h 59, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, November 6, 1990

• 0906

The Chairman: Order, please. We have a quorum, and pursuant to Standing Order 108.(2) the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we have the pleasure to welcome before the committee Ms Mary Oordt, National President of the Canadian Mental Health Association. We are pleased to welcome you, a fellow Albertan from Lethbridge. As I was saying to you earlier, I had the privilege of spending Saturday in Lethbridge at a conference that was being held there.

Also with us is Mr. Craig Hurst, member of the Board of Directors; Mr. Edward Pennington, General Director; Mr. Trottier and Ms Pape. We welcome all of you to our committee this morning.

As I had indicated to you in our brief conversation, we have been conducting hearings for some time before the standing committee. We look forward to your testimony, and in the next hour we hope to have you present your views and give members of the committee an opportunity to raise questions and any comments they may have.

So without taking any more of your time, I welcome you here on behalf of the committee. We look forward to your presentation this morning, and thank you very much for appearing before us.

Ms Mary D. Oordt (National President, Canadian Mental Health Association): Thank you very much, Mr. Porter. We are pleased to be here and anxious to discuss with you.

Mr. Craig Hurst (Member, Board of Directors, Canadian Mental Health Association): Good morning. The Canadian Mental Health Association has a vision, a vision of mental health care in community. This is a vision in which the individual in need is at the centre. This vision entails the sharing of money, power and social control.

The central concepts are participation and empowerment and a balance of all sectors. Roles of care-giver and patient can no longer be rigid and must yield to a mutual focus of self-determination.

To achieve the vision, a federal initiative is necessary to secure a legislative base for change. A balanced system of community supports cannot be ensured unless it is mandated by legislation. But currently in Canada no such legislation exists. A Community Mental Health Services Act in each province could assign responsibility for services that are currently provided in communities, and could set the conditions for development of further community-based services. The Canada Health Act could be used to mandate such change.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 6 novembre 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte. Nous avons le quorum, et en vertu du paragraphe 108.(2) du Règlement, le comité poursuit son étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin M^{me} Mary Oordt, présidente nationale de l'Association canadienne pour la santé mentale. Il nous fait plaisir d'accueillir une concitoyenne de l'Alberta, de Lethbridge plus précisément. Comme je vous le disais tout à l'heure, j'ai eu le privilège d'assister samedi à une conférence qui se tenait à Lethbridge.

Nous accueillons également Craig Hurst, membre du conseil d'administration; M. Edward Pennington, directeur général; M. Trottier et M^{me} Pape. Nous vous souhaitons tous la bienvenue ici ce matin.

Comme je vous l'ai dit au cours de notre brève conversation, notre comité permanent tient des audiences depuis un certain temps. Nous attendons avec impatience votre témoignage. Au cours de l'heure qui suit, vous pourrez nous présenter votre point de vue, et les membres du comité pourront vous poser des questions ou vous faire part de leurs commentaires.

Comme je ne voudrais pas prendre davantage de votre temps, au nom du comité je vous souhaite la bienvenue. Nous attendons votre exposé avec impatience, et nous vous remercions d'être ici ce matin.

Mme Mary D. Oordt (présidente nationale, Association canadienne pour la santé mentale): Merci beaucoup, monsieur Porter. Nous sommes heureux d'être ici et nous sommes impatients de nous entretenir avec vous.

M. Craig Hurst (membre du conseil d'administration de l'Association canadienne pour la santé mentale): Bonjour. L'Association canadienne pour la santé mentale a une conception du rôle de la collectivité à l'égard des soins de santé mentale selon laquelle la personne dans le besoin est le centre de convergence. Cette optique implique le partage des fonds, des pouvoirs et du contrôle social.

Les principes cruciaux sont la participation et l'habilitation, ainsi qu'un juste équilibre entre tous les secteurs. Les rôles respectifs du «fournisseur de soins» et du «patient» ne peuvent plus être définis de façon aussi rigide et doivent viser un objectif commun d'intégration de la personne dans la collectivité avec la plus grande autonomie possible.

Pour que cette vision des choses se concrétise, le gouvernement fédéral doit adopter une loi qui permette cette évolution. Un système équilibré de services de soutien communautaires n'est possible que s'il est prévu par la loi, mais il n'existe actuellement aucune législation semblable au Canada. Une loi sur les services communautaires de santé mentale en vigueur dans chaque province permettrait d'attribuer les responsabilités à l'égard des services déjà offerts dans les collectivités, et de créer des conditions propices à la création de nouveaux services communautaires. On pourrait à cette fin modifier en conséquence la Loi canadienne sur la santé.

[Texte]

A re-allocation of finances, as well as human resources, is indeed fundamental. Legal and fiscal mechanisms are necessary to establish and mandate community support systems and to ensure that spending is consistent with policy. The system of community reinvestment is not a cheaper alternative to top-heavy funding. It is proposed as a better, more effective solution to what is already a fact, that the chronically mentally ill population now lives in the community, not in the institutions. Funding must reflect this demographic reality.

Community mental health services may suffer with regard to federal-provincial transfer payments under established program financing. Block-type funding is not conducive to strengthening the community mental health system if no means of establishing the need for a strong community support system is entrenched relative to competing interests. Amendments to the Canada Health Act could entrench this change legislatively.

• 0910

In the early 1980s a CMHA review of the mental health service issues identified the chronic patient in the community as having the most serious problems. In 1990 the situation remains largely unchanged. In many cases, people with severe mental health problems, called "consumers" by our Association, are struggling for survival. Employment opportunities are limited. Poverty and homelessness are common. Professional service-providers alone cannot respond to the need for work, decent income and reciprocal relationships. Most of the funding dollars are in institutions while most of the people reside in the communities.

The CMHA policy document, "A Framework for Support", for people with severe mental disabilities, authored in 1984, outlines a set of guiding principles and concepts. These form the basis structure of our project, building a framework for support which continues to develop to the present. CMHA has produced a number of written documents on this topic, too many to discuss here.

What are the central concepts of "A Framework for Support"? The goal of the Framework for Support project is to ensure that people with severe mental disabilities live rich and fulfilling lives in their community.

In order to realize the above goal, there are two basis requirements: that individuals with mental health problems achieve power to control their own lives and to make choices about which supports to utilize; that the community be mobilized to use all of its capacity to welcome and support people with mental health problems.

[Traduction]

Il est essentiel de réaffecter les ressources financières et humaines. Il faut adopter les mécanismes juridiques et financiers nécessaires pour créer et rendre obligatoires les systèmes de soutien communautaires et s'assurer que les dépenses sont compatibles avec la politique en vigueur. Le réinvestissement dans la collectivité ne représente pas une option plus économique que le financement classique très hiérarchisé. Il s'agit d'une solution meilleure et plus efficace à une situation déjà bien réelle: les malades mentaux chroniques vivent désormais dans la collectivité et non en établissement. Le financement doit tenir compte de cette réalité démographique.

Les services communautaires de soins de santé mentale risquent de pâtir de la diminution des paiements de transferts fédéraux-provinciaux en vertu du financement des programmes établis. Le financement global ne permet pas de renforcer le système communautaire de soins de santé mentale si aucun moyen n'est prévu officiellement pour déterminer les besoins en services de soutien communautaire efficaces par rapport à des intérêts concurrents. Des modifications à la Loi canadienne sur la santé permettrait d'enclencher ce changement dans la loi.

Au début des années 80, dans une étude sur les services de santé mentale, l'Association a établi que ce sont les malades chroniques qui se heurtent aux problèmes les plus graves au sein de la collectivité. En 1990, rien n'a vraiment changé. La plupart du temps, les personnes souffrant de troubles mentaux graves, que notre association appelle «consommateurs», se débattent pour survivre. Leurs possibilités d'emploi sont restreintes; les pauvres et les sans-abri sont nombreux dans ce groupe. Les fournisseurs de services professionnels ne peuvent pas à eux seul répondre aux besoins d'emploi, de revenu satisfaisant et de relations interpersonnelles. La plupart des fonds alloués à la santé mentale vont aux établissements, tandis que la majorité des malades habitent dans la collectivité.

L'énoncé de principe de l'Association intitulé «Une structure de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves» (1984) renferme une série de principes directeurs et de suggestions. Le projet «Construisons une structure de soutien», qui se poursuit encore aujourd'hui, se fonde sur ces principes. L'Association a publié un certain nombre de documents à ce sujet, mais ils sont trop nombreux pour que nous en discutons ici.

Quels sont les principes fondamentaux d'une structure de soutien? Le projet de structure de soutien a pour objet de permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux graves de mener une vie satisfaisante et de s'épanouir au sein de la collectivité.

Afin d'atteindre cet objectif, il faut satisfaire à deux exigences fondamentales: les personnes qui ont des problèmes de santé mentale doivent être en mesure de prendre leur propre vie en main et de choisir les services de soutien qu'elles souhaitent utiliser; il faut mobiliser la collectivité pour qu'elle mette tout en oeuvre afin d'accueillir et d'aider les personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

[Text]

These requirements comprise what we have called “the community resource base”, and I refer to the graphic on the overhead.

The community resource base, which focuses on the individual in the centre, includes self-help programs or mutual aid programs, the informal networks that develop around the centre—the patient in the centre—be they family and friends, community groups and agencies, and the formal mental health care system.

Consider the implications of the central concepts: consumer participation and empowerment are essential; all sectors must be equally balanced. The ideal picture, the community resource base, portrays all sectors equally balanced. It implies that informal networks, self-help groups and community groups must be seen as equal partners with the formal mental health system in order that all four may work together. This requires community re-investment and a more equitable balancing of human and fiscal resources.

A legislative framework is necessary. Community services legislation, which is supportive of disabled individuals within the context of their communities, must be developed for each of Canada's provinces and territories.

Finally, roles in the formal mental health system must be re-defined. We must all learn to speak the same language in this process. To realize this, we must also get the issues on the policy agenda of both the federal and provincial governments. We must build a nation-wide consumer network. We must also demonstrate the principles in communities. With Health and Welfare Canada support, CMHA currently has three pilot community projects in Prince Albert, Saskatchewan, Etobicoke, Ontario, and Moncton, New Brunswick.

• 0915

What have we learned from these projects? We have learned that achieving a balance of power is complicated and chaotic at the local level. At the policy level, community re-investment or rebalancing of the resources also entails a shift in the balance of power. To facilitate this shift it will be necessary to build fiscal incentives for inter-sectorial co-operation and for utilizing the informal sectors.

We have also learned that consumer participation requires groundwork. When people who have traditionally been disempowered gain some power and control over their own lives, the results may be very dramatic. The often new experience of being in control is health-inducing in itself.

We have learned that the framework cannot work without community re-investment. Community re-investment is critical to making framework concepts operational.

[Translation]

Ces exigences représentent la base de ressources communautaires de la structure de soutien illustrée au tableau que vous pouvez voir sur le transparent.

La base de ressources communautaires, qui est centrée sur la personne, comprend des programmes d'entraide ou d'aide mutuelle, des réseaux officiels de fournisseurs de soins qui se développent autour du centre—le patient étant au centre—famille, amis, les groupes et organismes communautaires et le système officiel de soins de santé mentale.

Quelles sont les répercussions de ces principes fondamentaux? La participation et l'autonomie des consommateurs sont essentielles; tous les secteurs ont la même importance. Selon le tableau idéal, tous les secteurs occupent une place équivalente dans la base de ressources communautaire. Il s'en suit que les réseaux officiels, les groupes d'entraide et les groupes communautaires doivent être considérés sur un pied d'égalité avec les services officiels de santé mentale afin que les quatre secteurs puissent collaborer. Cela exige le réinvestissement des ressources dans la collectivité, ou du moins une répartition plus équitable des ressources financières et humaines.

Un cadre législatif s'impose. Il faut élaborer dans chaque province et territoire du Canada une législation sur les services communautaires qui favorise l'intégration des personnes handicapées dans leur collectivité.

Enfin, il faut redéfinir les rôles dans le système officiel de soins de santé mentale. Nous devons tous apprendre à parler la même langue dans ce processus. Pour y arriver, nous devons également inscrire des questions au programme politique des gouvernements provinciaux et fédéral. Nous devons créer un réseau de consommateurs canadien. Nous devons également mettre à l'essai des principes dans les collectivités. Grâce à l'aide de Santé et Bien-être social Canada, notre association réalise actuellement trois projets pilotes dans des collectivités, soit à Prince Albert en Saskatchewan, à Etobicoke en Ontario et à Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Quelle leçon en avons-nous tirée? Que l'équilibre des pouvoirs, au niveau local, est extrêmement difficile à réaliser. Au niveau politique, le réinvestissement dans la collectivité, ou le rééquilibrage des ressources, suppose une modification de l'équilibre des pouvoirs. Pour faciliter cette évolution il sera nécessaire de prévoir des mesures d'incitation qui encourageront la coopération intersectorielle, et l'utilisation des circuits et secteurs non-officiels.

Nous avons également appris qu'il faut préparer le terrain si l'on veut la participation des consommateurs. En effet, lorsque des personnes qui ont toujours été réduites à l'impuissance retrouvent un certain pouvoir et reprennent en main leur propre vie, les résultats peuvent être spectaculaires. Le fait de se sentir à nouveau maître de son destin est en soi générateur de santé.

Nous avons constaté que la structure de soutien ne peut fonctionner si les fonds ne sont pas réinvestis dans les collectivités. Ce réinvestissement dans la collectivité est essentiel au bon fonctionnement de la structure de soutien.

[Texte]

How do we create a more balanced system? In jurisdictions in Canada and around the world, such as in the provinces of New Brunswick, Ontario and British Columbia, where mental health resources are shifting to the community, we have noted some common key elements. There must be the political will and a favourable political climate conducive to change. As we have seen, legal and fiscal mechanisms are necessary.

Local regions must be given the authority to fund and plan their own community services. It is important that self-help or mutual aid be recognized by the federal and provincial policy-makers. In addition, all participants must acknowledge the fundamental difference between self-help that is active and traditional delivery of services to passive patients.

The Canadian Mental Health Association's recommendations for action are as follows:

1. The federal government must supply bridge financing to facilitate and ensure the successful transition to community-based resources and dollars for mental health care and promotion.
2. Transitional funding is especially important for have-not provinces.
3. Federal transfer payments for health must be targeted again to ensure money goes to community resources.
4. The federal government must collect and distribute, in the public domain, data which detail proportional expenditures for psychiatric institutions, psychiatric beds in general hospitals, community-based outpatient facilities and non-treatment community resources such as drop-in centres and mutual aid project—again, our community-based model.
5. The federal government must act as a clearing house for information about mental health resources, both fiscal and human. This would be an interprovincial picture of all resources and programs constantly updated.
6. The federal government, through the Ministry of Health and Welfare or the Department of Secretary of State must establish pilot projects across Canada which would implement the community resource base for mental health promotion.

If I can impress something upon the committee today, I want you to remember that the community resource base embodies a number of vital principles. Relationships between all the sectors are equally balanced. Reliance on the formal mental health system is reduced. Life development knowledge is valued. Professional roles are re-defined and the individual rather than the system is central.

[Traduction]

Que faut-il faire pour mettre en place une organisation mieux équilibrée? Dans le monde entier, mais également dans les provinces canadiennes telles que le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et la Colombie-Britannique, où les ressources mises à la disposition du secteur de la santé mentale sont de plus en plus allouées à la collectivité, nous avons pu dégager un certain nombre d'éléments clefs communs. Il faut d'abord qu'il existe une volonté politique et un climat favorable à cette évolution. Comme nous l'avons vu, il est important que l'on prenne sur le plan juridique et budgétaire les dispositions qui s'imposent.

Il faut également donner aux régions le pouvoir de financer et de planifier leurs propres services communautaires. Il est également important que les hommes politiques, au niveau fédéral et provincial, reconnaissent l'importance et l'existence des réseaux d'entraide. À ce sujet il faut également que tous les intéressés reconnaissent la différence fondamentale qui existe entre cette notion d'entraide active et la prestation traditionnelle de «services» à des patients passifs.

L'Association canadienne pour la santé mentale vous présente les recommandations suivantes:

1. Que le gouvernement fédéral prévoie des crédits de transition grâce auxquels on pourra passer à un système communautaire de gestion et de financement de la santé mentale.
2. Ces crédits de transition sont particulièrement importants pour les provinces les plus démunies.
3. Il faut réorienter les paiements de transfert fédéraux destinés à la santé de façon que l'argent se rende effectivement dans les collectivités.
4. Que le gouvernement fédéral fasse et rende publiques des statistiques sur ce que coûtent les institutions psychiatriques, le traitement psychiatrique des malades dans les hôpitaux généraux, les services communautaires de traitement ambulatoire et les services communautaires non-médicaux tels que les centres d'accueil et les projets d'entraide. . . là encore, il s'agit de notre modèle communautaire.
5. Que le gouvernement fédéral joue le rôle de carrefour d'information pour tout ce qui concerne les ressources consacrées à la santé mentale, à la fois budgétaires et humaines. On pourrait ainsi, à tout moment, se faire une idée précise de la situation des ressources et des programmes de toutes les provinces.
6. Que le gouvernement fédéral, et en l'occurrence le ministère de la Santé et du Bien-être social ou le secrétariat d'État, subventionnent dans tout le Canada des projets pilotes de santé mentale s'inspirant du modèle communautaire.

Et s'il y a quelque chose qui me paraît important, c'est de bien rappeler une dernière fois aux membres du comité que ce modèle communautaire est l'application d'un certain nombre de principes cruciaux: les relations entre tous les secteurs concernés sont équilibrées, on fait de moins en moins appel aux services officiels, psychiatriques et psychologiques, on met l'accent sur la réadaptation à une vie autonome, les rôles des professionnels et spécialistes sont redéfinis et, au lieu de faire du système sa propre finalité, c'est l'individu qui reprend toute son importance.

[Text]

Building a framework for support is not building a better service system. By following these principles, the results will be more of us with mental health problems becoming fully participating citizens in our community, with power and control over our lives.

• 0920

The Chairman: Thank you very much for your presentation this morning. We appreciate that in the presentation you have made some specific recommendations to the federal government. I am sure that and other issues you have raised will obviously trigger some questions in the minds of members.

Mrs. Clancy (Halifax): I would like to welcome you all to the committee. We are delighted to have you here. I am going to sound like I am arguing with you, but I am not. I agree absolutely with your recommendations, but are we not a very long way from the community-based model you are talking about, particularly right now in this time of cut-backs to EPF and a lack of targetting on health programs?

Ms Oordt: We have a long way to go. You are absolutely right. However, the de-institutionalization of people from our psychiatric facilities across this country has been going on since the late 1950s or early 1960s. In Saskatchewan most notably I think you will see that has resulted in a lot of people no longer in what we would know as psychiatrically designated beds.

Our concern is that as this continues, and there is a move across the country to have this continue, I think almost every province, except Newfoundland which is just getting their report ready to come out soon from the provincial government, has had a recent report in which they have discussed the need for better support systems in communities, so when people leave institutional facilities, either on a reduction-of-bed basis or when they go in for treatment and then come back out after treatment has been completed—or has really in a certain sense been begun—that there be something better in our communities. The real problem we are seeing is that the dollars are not transferring to where those people are going.

Mrs. Clancy: My next question is two-fold. Certainly, in my own province of Nova Scotia we welcome the de-institutionalizing. We had several cases of people who had been institutionalized for years and years and years with no basis in the institutionalization. Indeed, there was even great question as to whether there was any illness at all. They were just people who had been institutionalized and forgotten about. On the other hand, there is so very little in the community to help these people.

I guess I have a bit of a personal memory about this. It is a case that you may or may not be familiar with in Halifax. It is slightly different, but it points up the inadequacies in the system. I am referring to the case of John Legge the young man who was institutionalized and de-institutionalized and killed himself while awaiting trial.

My concern is two-fold. First of all, I welcome the de-institutionalization, but I certainly know that in the province of Nova Scotia and in the Atlantic provinces generally, the community resources are not there. Even my city of Halifax,

[Translation]

Pour créer cette structure de soutien, il ne suffit pas simplement d'améliorer la prestation des services. L'application des principes que j'ai énumérés doit permettre aux malades mentaux de participer pleinement à la vie de la société et de la communauté, tout en restant maîtres de leur existence.

Le président: Merci pour cet exposé. Vous avez fait un certain nombre de recommandations qui s'adressent au gouvernement fédéral; je suis sûr que tout cela suscitera des questions de la part des membres du comité.

Mme Clancy (Halifax): Bienvenue au comité. Nous sommes ravis de pouvoir vous entendre. Même si je vous donne l'impression de vous contrer, il n'en est rien. Je suis tout à fait d'accord avec vos recommandations, mais ne sommes-nous pas encore très loin de ce modèle communautaire dont vous parlez, d'autant plus que nous traversons une période de compressions budgétaires du FPE, et que par ailleurs les versements de transferts destinés à la santé sont faits en bloc?

Mme Oordt: Effectivement, nous en sommes encore très loin. Vous avez tout à fait raison. Cependant, la désinstitutionnalisation de la psychiatrie dans tout le pays est un phénomène qui a commencé à la fin des années 50 ou au début des années 60. En Saskatchewan, plus particulièrement, vous constaterez que la plupart des malades mentaux ne sont plus internés.

Cette tendance se confirme pour l'ensemble du Canada, et toutes les provinces à l'exception de Terre-Neuve, où l'on attend toujours la publication du rapport, ont publié un rapport où il est question du besoin d'améliorer les structures de soutien communautaire, et cela pour les patients qui quittent les institutions, soit que le nombre de lits ait été réduit, soit qu'ils reviennent d'un traitement qui est terminé, ou plutôt qui vient juste de commencer. Le problème grave qui se pose, c'est que les crédits ne sont pas acheminés jusqu'à ces structures de soutien dont ces patients vont avoir besoin.

Mme Clancy: La question que je vais poser maintenant est double. En Nouvelle-Écosse, d'où je viens, nous sommes tout à fait partisans de cette déshospitalisation. Nous avons d'ailleurs eu plusieurs exemples de personnes qui avaient été internées pendant des années et des années, sans que cette mesure soit justifiée. On pouvait même se demander s'il y avait véritablement maladie mentale. Il s'agissait de personnes qui avaient été internées, à un moment ou à un autre, et qu'on avait fini par oublier. Néanmoins, on constate que pour ce genre de personnes les services d'aide et de soutien communautaires font gravement défaut.

J'ai à ce sujet un souvenir très personnel dont je vais pouvoir vous faire part. Cela s'est passé à Halifax, je ne sais si vous êtes au courant, mais c'est une véritable mise en accusation du système. C'est un cas un petit peu particulier, il s'agit du cas de John Legge, ce jeune homme qui avait été interné, puis libéré, et qui s'est suicidé alors qu'il attendait d'être jugé.

Deux choses, donc, me préoccupent ici. Tout d'abord, tout en approuvant la déshospitalisation, je sais qu'en Nouvelle-Écosse, et de façon générale dans les provinces de l'Atlantique, les ressources communautaires sont

[Texte]

which is the most prepared and has the most regional health centres as well as everything else, there just is not the community-based support systems in place and many, many people are suffering on account of that. It may well be that the suffering is less than the suffering from institutionalization, but it is still suffering.

Ms Oordt: It is still very real to them.

Mrs. Clancy: Secondly, again as a Maritimer, I have a great concern on your recommendations about transitional funding. Once the matters are transferred completely to regional services, or to regional and local organizations, where does the money come from then, particularly in those provinces and regions that have a very low economic base?

Ms Oordt: I think finding some more money is one part of it. But we do realize that about 85% of the dollars are being utilized by the institutions. That probably differs from province to province. We have some data on that if you would like to look at it.

Mrs. Clancy: I would, yes.

Ms Oordt: Basically, what we are looking at is a very high amount of our dollars being spent in one sector. That is one sector where treatment must occur and care must be given, but that is not where the people stay. The nature of a lot of mental illnesses is that they are cyclical or that they recur, or that if there are not proper supports in place the person becomes more ill and sometimes needs to be re-hospitalized. So even though we feel there is indeed a need for this bridge funding or this assistance during that time, we think it is eventually going to be a better use of the resources.

• 0925

Mrs. Clancy: But I guess what I am saying to you is that in the province of Nova Scotia you would need more than bridge funding because that money for the current hospitals is not provincially based; that money comes from the federal government. In other words, the system in Canada is such that there are certain provinces that could not generate the revenue. So I am suggesting that your recommendations may work for Alberta, Ontario, British Columbia and certain other provinces, but it would not work for the Atlantic. It would not, for example, work for New Brunswick either because the moneys used in hospitalization right now are federally funded dollars. So the bridge would go to nowhere, if you will, in the Atlantic if you merely were talking about bridge or transitional funding, because at the end of that there would be no dollars.

Ms Oordt: I guess we would expect that the federal money could be earmarked differently.

Mrs. Clancy: I would hope.

Ms Black (New Westminster—Burnaby): Your brief was very interesting. I heard you say that 85% of the dollars going into mental health treatment are taken up by institutions. You also indicated that mental health services

[Traduction]

insuffisantes. Même dans ma ville de Halifax, qui est sans doute beaucoup mieux équipée et où la densité des centres régionaux de santé et autres services est sans doute la plus forte, les services de soutien communautaires sont tout à fait inexistant, et la population en souffre beaucoup. Même si cette souffrance n'est pas comparable à celle des personnes qui sont internées, on peut dire que beaucoup de gens en pâtissent.

Mme Oordt: Certainement.

Mme Clancy: Deuxièmement, et je parle toujours des Maritimes, je me pose des questions sur le bien-fondé de votre recommandation concernant un financement de transition. Une fois que les responsabilités auront été complètement transférées aux services régionaux, ou locaux, d'où viendra l'argent, et je pense particulièrement aux provinces et régions qui n'en ont pas les moyens?

Mme Oordt: Il faut évidemment trouver des crédits. Mais nous savons que 85 p. 100 des fonds sont utilisés en établissement. Le chiffre varie sans doute de province à province, nous avons des chiffres que vous pourriez consulter si vous le désirez.

Mme Clancy: Avec plaisir.

Mme Oordt: En gros, l'on peut dire qu'une partie importante des fonds dépensés le sont par un seul secteur. Il s'agit du secteur où les malades sont traités et les soins donnés, mais ce n'est pas là que les gens restent. La maladie mentale, très souvent, est un phénomène cyclique, périodique, et en l'absence de structures et de services de soutien adéquats, on assiste à une aggravation de l'état du malade qui finit souvent par être réhospitalisé. Même si nous estimons que ces crédits provisoires sont nécessaires pendant cette période, nous pensons qu'il y aura un jour une meilleure utilisation des ressources.

Mme Clancy: Mais en Nouvelle-Écosse, il faudrait davantage que ces crédits provisoires, parce que l'argent actuellement fourni aux hôpitaux ne vient pas de la province mais du gouvernement fédéral. Autrement dit, dans le régime canadien de soins de santé, certaines provinces ne peuvent dégager ces fonds. Je pense donc que vos recommandations sont bonnes pour l'Alberta, l'Ontario, la Colombie-Britannique et d'autres provinces, mais pas pour l'Atlantique. Elles ne serviraient à rien au Nouveau-Brunswick, par exemple, parce que les fonds des hôpitaux proviennent du fédéral. Le financement provisoire ne servirait donc à rien dans l'Atlantique parce qu'il est provisoire et qu'après une certaine période, il n'y aurait plus d'argent.

Mme Oordt: On pourrait s'attendre à ce que l'argent du fédéral soit réparti autrement.

Mme Clancy: J'espère qu'il le sera.

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Votre mémoire était très intéressant. Vous avez dit que 85 p. 100 des crédits destinés au traitement des maladies mentales sont absorbés par les établissements. Vous avez également évoqué

[Text]

can suffer because of the federal-provincial transfer payments under the EPF program. You went on to say that block-type funding is not conducive to strengthening the community health system if no means of establishing the need for a strong community support system is entrenched relative to competing interests.

I want to ask you: why do you think that community health programs are particularly vulnerable to limits on EPF spending? Are new programs and approaches the ones that lose out when the funding is in jeopardy that way?

Mr. Edward J. Pennington (General Director, Canadian Mental Health Association): I think with the EPF funding there is very little designation going on in terms of how the provinces use it. The implication of our presentation is that if it could be more directed by the federal government then it could have more influence to bring to bear on the provincial governments in terms of the ways and means by which they expend those funds.

So I think the current directions of loosening the EPF rules and regulations are in fact going to make the ability to target funds even less appropriate than it used to be. I think what the federal government, by its current activities, may be doing is giving more choice to the provinces and consequently, because of lack of resources in Nova Scotia and some other provinces, even fewer services and programs will be available to people in need, and especially to people who have need of psychiatric services.

Ms Black: Are you indicating that some of the funds earmarked for mental health services that are transferred from the federal government are going into other areas?

Mr. Pennington: I think they are being dissipated. I think you would find it very hard; we are finding it almost impossible. The provinces themselves cannot give us adequate information, that is one of the reasons we have asked the federal government to play the role that they can.

Our belief is that the federal government may be collecting this information but it is not publishing it. As a national non-government organization, is essential to get this kind of information in our task to draw attention to issues. Consequently, the inability to collect that information leads one to assume that the governments do not know themselves how it is going. So the targeting of it is very hard to trace and there is very little evidence that it is going into community resources, but in fact it is going into maintaining institutions where the number of residents or patients is dramatically less than it was even 10 years ago.

Ms Black: I live in British Columbia very close to Riverview.

Mr. Pennington: You have a revolution going on in British Columbia.

Ms Black: Absolutely.

[Translation]

le fait que les services de santé mentale pourraient souffrir de la réduction des paiements de transfert en vertu du financement des programmes établis. Vous avez ensuite déclaré que le financement par bloc ne renforcerait pas le système des organismes de santé communautaire si l'on ne reconnaissait pas le besoin d'un système de soutien communautaire fort, à préférer à d'autres intérêts.

Voici ma question: Pourquoi pensez-vous que les programmes de santé communautaire sont particulièrement vulnérables au plafonnement du financement des programmes établis? Est-ce que ce sont les nouveaux programmes et les nouvelles méthodes qui souffrent lorsque le financement est ainsi compromis?

M. Edward J. Pennington (directeur général, Association canadienne de la santé mentale): Au sujet du financement des programmes établis, je pense qu'on n'oriente pas tellement la façon dont les provinces s'en servent. Dans notre présentation, nous voulions faire comprendre que le gouvernement fédéral devrait donner des suggestions quant à l'utilisation des fonds, afin d'influencer davantage les gouvernements provinciaux.

Je pense donc que la tendance actuelle au relâchement des règles du FPE vont réduire encore l'à-propos du ciblage des fonds. Je pense que les activités actuelles du gouvernement fédéral donnent davantage de choix aux provinces. Par conséquent, faute de ressources en Nouvelle-Écosse et dans d'autres provinces, il y aura encore moins de services et de programmes pour les gens qui en ont besoin, particulièrement ceux qui ont besoin de services psychiatriques.

Mme Black: Voulez-vous dire que certains fonds du gouvernement fédéral, destinés aux services de santé mentale, vont en fait dans d'autres secteurs?

M. Pennington: Je pense qu'ils sont dispersés. Vous, vous auriez bien de la difficulté à vous en rendre compte; pour nous, c'est presque impossible. Les provinces elles-mêmes ne peuvent nous donner de renseignements exacts, et c'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons demandé au gouvernement fédéral d'intervenir s'il le peut.

Nous pensons que le gouvernement fédéral dispose de cette information mais ne la rend pas publique. En tant qu'organisme non gouvernemental national, nous jugeons essentiel d'avoir ce genre de renseignements pour notre travail de sensibilisation. Puisque nous ne pouvons avoir accès à ces renseignements, on pourrait présumer que les gouvernements ne savent pas eux-mêmes ce qui se passe. Il est donc difficile de déterminer où va l'argent et, d'après ce qu'on voit, il ne semble pas qu'il arrive dans les poches des organismes communautaires. Il semble qu'il soit plutôt versé dans les coffres d'établissements où le nombre de patients a chuté au cours des dix dernières années.

Mme Black: Je vis en Colombie-Britannique, près de Riverview.

M. Pennington: Il y a toute une révolution en Colombie-Britannique.

Mme Black: Certainement.

[Texte]

Mr. Pennington: To your credit.

Ms Black: The population there has xvery dramatically dropped. But I do not believe that all the support services necessary in the community are there at all, because you see and I see these same patients who have been in and out of institutions many times because the support systems are not there in the community. Some of those people come to my constituency office, some on a regular basis, so I am really familiar with that cycle.

• 0930

Mr. Hurst: Unfortunately, on the contrary not all of the necessary support systems are available in the institutions either. Having experienced an institution and then the community. . I still require a lot of support systems that I will not go back to the institution for.

Ms Black: Are they available in your community?

Mr. Hurst: No. They are not available anywhere, but I need them. All we are saying is to take some of the money going to the institution and move it over to the community so that those supports can be found somewhere.

Ms Black: You indicated you have been pursuing mental health advocacy now for over five years. How do you feel about your progress? Are there barriers in society other than financial barriers? What other kinds of blocks are there in your work?

Ms Oordt: We are very concerned about housing. We feel that people who are at risk for mental illness are often at or even below the poverty line, and so their housing options are very limited.

In your particular province I think you are quite aware that we really do have some major problems. A lot of people tend to move to your province because of a milder climate for much of the year, so you see it through the winters while the rest of us see it all year round.

Housing that is not adequate results in people having to live with strangers, for one thing—insecure and unsafe places—and then all the way over to the homelessness issue. According to American statistics—we think ours are probably not quite as dramatic, but it is still very high—perhaps 40% to 50% of the homeless are ex-psychiatric patients who have just simply never found a place again. So housing is very important.

The other important thing would be opportunities for jobs or employment, or even job-like opportunities. They are very limited. When a person is unable to stay in a job on a consistent basis—perhaps cannot hold a job, or even take part in some of the training programs that are a federal and provincial government mandate—they cannot do 37 hours a week of training or holding a job, so they are very much at risk for not having work.

If you add to it the kinds of disability insurances and welfare that are reduced if you earn too much. . . that is probably balanced in a certain sense, except that when you then need to work back into the system of assistance, sometimes there is quite a lag, and people are without adequate care and funding for that length of time.

[Traduction]

M. Pennington: C'est tout à votre honneur.

Mme Black: Il y a eu une très forte réduction du nombre de patients. Mais je ne crois pas qu'il y ait les services de soutien nécessaires dans la collectivité. Vous avez rencontré comme moi des patients qui sont sortis des établissements et qui y sont retournés à maintes reprises parce qu'il n'y avait pas de services de soutien dans la collectivité. Certains de ces gens viennent dans mon bureau de comté, parfois régulièrement, et je connais donc très bien ce cycle.

M. Hurst: Malheureusement, il n'y a pas non plus les services de soutien nécessaires dans les établissements. J'ai vécu en établissement et suis revenu à la collectivité. J'ai encore besoin de services de soutien mais je ne retournerai pas en établissement pour en profiter.

Mme Black: Sont-ils disponibles dans votre collectivité?

M. Hurst: Non. Ils ne sont disponibles nulle part, bien que j'en ai besoin. Tout ce que nous demandons, c'est qu'un peu de l'argent qui va aux institutions soit destiné à la collectivité afin que ces services de soutien soient disponibles.

Mme Black: Vous avez déclaré travailler à la défense des droits des malades mentaux depuis plus de cinq ans. Pensez-vous avoir fait du progrès? Y a-t-il des obstacles dans la société à part les problèmes financiers? Quels sont les autres objectifs de votre lutte?

Mme Oordt: Le logement nous préoccupe beaucoup. Nous pensons que les gens qui risquent une psychose sont souvent au seuil de la pauvreté ou en-deçà. Ils trouvent difficilement à se loger.

Dans votre province en particulier, il y a comme vous savez des problèmes très graves. Beaucoup de gens déménagent dans votre province à cause du climat plus doux pendant le plus clair de l'année. Vous avez donc en hiver les problèmes que nous avons toute l'année.

À cause d'un manque de logement adéquat, les gens doivent vivre avec des étrangers, par exemple. Ils ne se sentent pas en sécurité et ne le sont pas toujours. Certains deviennent même des sans-abri. Au Canada, la situation est moins grave qu'aux États-Unis, mais elle est tout de même alarmante. D'après des statistiques américaines, 40 p. 100 à 50 p. 100 des sans-abri sont d'anciens malades mentaux qui n'ont pas trouvé à se loger après leur sortie de l'institution. Le logement est donc une question importante.

Il y a un autre point important, c'est l'emploi, ou même les quasi-emplois. Il y en a très peu. Lorsqu'une personne ne peut rester au travail de façon régulière, si elle ne peut conserver un emploi ou si elle ne peut participer aux programmes de formation qui sont de compétence fédérale et provinciale, si elle ne peut travailler ou étudier 37 heures par semaine, il y a de bonnes chances qu'elle ne puisse avoir de travail.

En plus, l'aide sociale et l'assurance-invalidité sont réduites lorsque le revenu est trop élevé. Ce n'est pas nécessairement une mauvaise chose, sauf que lorsque l'on revient à l'aide sociale, il peut y avoir du retard, et il faut alors se passer de soins appropriés ou d'argent pour une certaine période.

[Text]

Ms Black: I am wondering too about the cost in incarceration in the prison system. Many people who have mental health illness and do not receive the support they need in the community sometimes end up in our prison systems. Have you done any kind of research, or do you have any figures on the costs of keeping someone in a criminal institution vis-à-vis health costs, community support costs. . . ?

Ms Oordt: I think we have done that costing. Our problem again is the numbers and the way they are kept, so it is hard to get from the prison system the percentage of their population who are psychiatrically involved.

Ms Black: Do you have any sense of that yourselves?

Ms Oordt: We think it is 18%-25%. It is somewhere in that range, depending on whether you are talking about a two-year institution or less, or an institution involving a longer length of time.

We think it is around \$60 a day—we have some validation for it—for a person to live effectively in a community; that is, with housing, food, supports—what they would need—whereas we know it is around \$400 in hospitals, and in the prison it is probably around the \$150 mark. I do not have that right off the top of my head, but it is much more expensive in either institutional facility.

Mr. Wilbee (Delta): Like Ms Black, I am from British Columbia, and you seem to be impressed with the system there. Having been in family practice, I think one of the most frustrating things we dealt with was the person with an acute depression or some kind of mental problem. It was practically impossible to find a bed. They usually ended up sitting in emergency for four or five days until they either walked out or a bed was found. To me this is entirely inadequate.

• 0935

In your experience as a sort of governing body, how do you feel about the bed situation across Canada? Are there adequate numbers of beds? You say we are putting too much money into institutions, yet the service still seem to be inadequate—for the acute person anyway.

Ms Oordt: Indeed, there are times in people's lives when they need a safe place, and until this point we have used our hospitals as those safe places. Our sense is that it is not always necessary for someone to be in a hospital setting, but they would have to be in a safe place. If the community can help provide that, either in crisis or. . . As you say, someone may not be in an actual crisis such as taking their own life or something, they might just need a good safe place where someone will look after them until they get established again.

Our sense of what might be put in place in the community would be more beds, not necessarily in a hospital but in people's homes or in a group setting of some kind where people can come together. In the town where I live we have a suicide intervention centre. All the people who attempt suicide who used to end up in the psychiatric ward now live in a home run by a group called the Samaritans. They look after these people for two or three or four days.

[Translation]

Mme Black: Je me pose également des questions sur le coût de détention dans le système carcéral. Beaucoup de malades mentaux qui n'ont pas le soutien nécessaire dans la collectivité finissent en prison. Avez-vous fait des recherches ou avez-vous des chiffres sur le coût de détention dans un établissement correctionnel par rapport aux coûts des services de santé ou de soutien communautaire?

Mme Oordt: Je pense que oui. Encore une fois, il est difficile d'obtenir les chiffres, et les méthodes comptables ne sont pas partout les mêmes. Il a été difficile de savoir quel pourcentage de la population carcérale était constituée de malades mentaux.

Mme Black: En avez-vous tout de même une idée?

Mme Oordt: Nous croyons que c'est de l'ordre de 18 à 25 p. 100. Tout dépend de l'établissement dont on parle, à savoir si c'est un centre de détention pour des périodes inférieures à deux ans ou pour des périodes plus longues.

Nous pensons qu'il en coûte environ 60\$ par jour, chiffres à l'appui, pour une personne qui vit dans la collectivité: cela comprend le logement, l'alimentation, les services de soutien. Dans les hôpitaux, cela coûterait environ 400\$ et dans les prisons, environ 150\$. Je n'ai pas les chiffres précis en tête, mais c'est beaucoup plus cher dans l'un ou l'autre des types d'établissement.

M. Wilbee (Delta): Comme M^{me} Black, je suis de Colombie-Britannique. Vous semblez impressionnée par notre système. J'ai été médecin de famille. L'une des choses qui nous frustraient le plus, c'était de ne pas pouvoir trouver de lits pour les gens profondément déprimés ou ayant un problème mental. Ils finissaient habituellement par rester assis dans la salle d'urgence pendant quatre ou cinq jours, avant qu'on leur trouve un lit ou qu'ils s'en aillent d'eux-mêmes. C'était tout à fait insupportable.

En tant qu'organisme de coordination, que pensez-vous de la situation des places en institution au Canada? Y a-t-il suffisamment de places? Vous dites qu'on donne trop d'argent aux institutions et pourtant, les services sont inadéquats, du moins pour les personnes gravement malades.

Mme Oordt: Il y a en effet des moments dans la vie des malades où il leur faut un endroit sûr. Jusqu'ici, les hôpitaux étaient cet endroit sûr. Nous pensons toutefois qu'il n'est pas toujours nécessaire d'être à l'hôpital pour se sentir en sûreté. Si la collectivité peut offrir un endroit sûr, même en cas de crise. . . Comme vous dites, quelqu'un peut avoir une crise, vouloir se suicider par exemple. Peut-être aussi lui faut-il simplement un endroit sûr où il ou elle sera sous surveillance en attendant d'être rétabli.

Nous pensons qu'il faut davantage de places dans la collectivité, pas nécessairement à l'hôpital mais également chez des gens ou dans un foyer de groupe où les malades pourraient vivre ensemble. Dans la ville d'où je viens, il y a un centre de prévention du suicide. Autrefois, les suicidaires se retrouvaient dans l'aile psychiatrique des hôpitaux. Maintenant, on les envoie dans un foyer dirigé par un groupe appelé les Samaritains. On s'occupe des suicidaires pendant deux, trois ou quatre jours.

[Texte]

They are not professional in the sense of being psychiatrists, but they are trained to look for the indicators of danger. If necessary, they could go to a safe place for a longer period of time. This facility would not be able to provide that. Indeed, their family and the people around them are given information and are shown what to look for and what to do to keep that person safe. We have found that we do not have as many attempted suicides in our psychiatric unit now as we used to.

There is still a need for beds. We are not saying there should be a closure of all the beds. We think that if there were other options we would not have to rely only on the hospital, which is where everyone now takes their loved ones because they do not know where else to go.

Mr. Hurst: In London we have established the Open Doors program, a linking program that enables people to find an intermediate step if they are not sure whether they should be going to the hospital to see a psychiatrist. Our assessment people, although not trained psychiatrists or psychologists, do have an understanding of what are the person's particular needs at the time.

Often the depression is caused by the fact that they are just down and out on their luck. They need a bit of a turnaround, so they are given assistance, a warm bed and a hot meal. Often they do need psychiatric assistance, in which case the Open Doors program helps link that person with a psychiatrist who is not necessarily on call at the general hospital but who may have a private practice elsewhere. We are seeing a definite reduction in the backlog in the emergency wards and psychiatric units of the general hospitals because of Open Doors.

Mr. Wilbee: I would like to change the topic a little bit. Something you did not mention in your brief but which I think is extremely important is research into mental illness. For example, the schizophrenic and friends of schizophrenia...very tiny amounts of money are going into research, yet it costs Canadian taxpayers a couple of billion dollars a year to care for schizophrenics. Again, it is the allocation of funding. Schizophrenia is a condition which should have a cure, whether it be genetic, chemical or whatever it may be. There is some key that they have to find and research is vital.

What is your organization's attitude on research? Is there enough funding going into that? If you have a fixed budget, how much do you want to send to institutions, community care or research?

● 0940

Ms Oordt: One of the things we have done in our fundraising efforts is to link with the Canadian Psychiatric Research Foundation. They do more of the research than we do, because we are a community-based organization.

However, one of the things we know is the very thing you said: there is more need for it. Our sense is that in terms of the dollars available provincially, as well as federally, too high a proportion is going into physical research

[Traduction]

Il ne s'agit pas de professionnels. Ce ne sont pas des psychiatres mais ils ont la formation nécessaire pour reconnaître les indices du danger. Au besoin, le malade peut aller dans un endroit sûr pour une période plus longue. Cet organisme ne pourrait pas les accueillir plus longtemps. On renseigne la famille et l'entourage des malades et on leur montre quels sont les signes de danger et ce qu'il faut faire pour que le malade soit en sécurité. Nous avons constaté qu'il y avait moins de tentatives de suicide dans notre service psychiatrique qu'autrefois.

Il manque toujours des lits. Nous ne sommes pas en faveur de la fermeture de tous les lits. S'il y avait d'autres possibilités, nous ne dépendrions pas exclusivement de l'hôpital, où tout le monde amène ses proches faute de pouvoir aller ailleurs.

M. Hurst: A London, nous avons mis sur pied le programme *Open Doors*. Il s'agit d'un programme de liaison qui offre une étape intermédiaire aux malades qui ne savent pas vraiment s'ils doivent aller à l'hôpital pour voir un psychiatre. Nos évaluateurs, bien qu'ils ne soient ni psychiatres ni psychologues, peuvent comprendre quels sont les besoins du malade à ce moment-là.

Souvent, ils sont dépressifs simplement parce que leur chance a tourné. Ils ont besoin de se reprendre en main. On leur donne de l'aide, un lit au chaud et un bon repas. Souvent, ils ont effectivement besoin d'aide psychiatrique. Dans ces cas-là, le programme les met en communication avec un psychiatre qui n'est pas nécessairement le psychiatre de garde de l'hôpital général. Ce peut être un psychiatre ayant son propre cabinet ailleurs. Grâce à ce programme, nous avons constaté une nette réduction de l'arriéré dans les services d'urgence et les ailes psychiatriques des hôpitaux.

M. Wilbee: J'aimerais changer de sujet. Vous n'en avez pas parlé dans votre mémoire, mais c'est un sujet extrêmement important: la recherche en santé mentale. Par exemple, sur la schizophrénie et les maladies connexes... Très peu d'argent est investi dans la recherche. Pourtant, les soins donnés aux schizophrènes coûtent aux contribuables canadiens environ deux millions de dollars par an. Il s'agit encore une fois de la répartition des crédits. La schizophrénie est un état qui devrait être guérissable, soit par la génétique, par la chimie ou une autre science. Il y a une solution à trouver. La recherche est essentielle.

Quelle est l'attitude de votre organisme par rapport à la recherche? Y a-t-il suffisamment d'argent pour la recherche? Si vous aviez un budget donné, combien donneriez-vous aux institutions, aux services communautaires et à la recherche?

Mme Oordt: Dans le cadre de notre campagne de levée de fonds, nous nous sommes associés avec la Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie. Ils font davantage de recherche que nous, qui sommes un organisme communautaire.

Il y a une chose que nous savons tout de même, et c'est qu'il faut faire davantage de recherche. Nous pensons qu'une trop grande proportion des fonds de recherche des gouvernements provinciaux et fédéral est destinée à la

[Text]

compared to mental health research, or mental illness research. It has not become a very high priority amongst researchers. People tell me that there are not as many applications for the funds available to look at the kind of problems you just outlined, although there probably is more direct research on schizophrenia than there is on some of the other mental illnesses, because it is so closely connected to the physical brain. You can actually do so much more research.

We really do support research. We are not anti-research and never will be. We have not taken that as our main thrust, though, because our work is more in the community. Our sense is that we also need to do the practical or applicable research to see what works in communities and what does not work. I think that is what ultimately needs to be done.

Mr. Wilbee: I guess one of your problems is that your consumers are not the type of people who are going to demand or be highly vocal in their requests for therapy. It is almost dependent on third-party intervention. People with other illnesses—cardiac, cancer—can speak for themselves, whereas those with a mental illness are the people least likely to present their case clearly to the public and to government.

I think what you are doing is very valuable, but I am sure it is very discouraging at times too.

Mr. Hurst: That is a good point. I think you are going to find that those consumers who have actually made it through the system and have come out on top are the ones who are now speaking for those who have to follow behind them. You do not necessarily speak alone in this case.

Mr. Wilbee: I would certainly encourage you. Obviously, from what you said, you have been a consumer.

Mr. Hurst: I still am.

Mr. Wilbee: I think it is vital that people like yourself do take part in the round-table discussion in our society and speak out for fellow sufferers.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I, too, would like to welcome you. I have a few questions to pose.

First, how has your organization dealt with the psychiatrist and allied health organizations on the matter of mental health?

Ms Oordt: We are a citizens' voluntary citizens' group. Amongst our membership are a number of psychiatrists, psychologists, social workers, people who work both in and outside of government, and people who work in clinics as well as in their community. Almost anyone can be a part of our association.

We were founded initially by a group of psychiatrists who were very upset, in 1918, about the kind of ways in which people were not being treated. Today we still have a link. We also have a professional advisory group, many of whom are psychiatrists, psychologists and people who work in the profession—in the formal mental health system.

Mr. Pagtakhan: I am glad to hear that.

[Translation]

recherche en santé physique par rapport à la recherche en santé mentale, qui n'est pas une grande priorité pour les chercheurs. On a dit qu'il n'y pas autant de demandes de fonds de recherche pour les problèmes dont vous venez de parler, même s'il y en a probablement davantage pour la recherche sur la schizophrénie que sur d'autres maladies mentales. En effet, la schizophrénie est une maladie mentale qui a plus de causes physiques que d'autres. On pourrait faire beaucoup plus de recherches.

Nous sommes en faveur de la recherche. Nous ne sommes pas contre la recherche et ne l'avons jamais été. Ce n'est toutefois pas notre principal objectif, puisque nous sommes davantage orientés vers le travail communautaire. Nous pensons qu'il faut également faire de la recherche pratique ou appliquée pour voir quels services communautaires sont efficaces. Voilà ce qu'il faudra faire ultimement.

M. Wilbee: L'un de vos problèmes, c'est que vos consommateurs ne sont pas du genre à exiger des traitements ou à exprimer leurs besoins bien fort. Ils dépendent souvent de l'intervention d'une tierce partie. Les autres malades, les cardiaques, les cancéreux, peuvent parler pour eux-mêmes. Les malades mentaux sont ceux qui sont le moins susceptibles d'exprimer leurs besoins au public et au gouvernement.

Votre travail est certes très valable mais je suis persuadé que vous êtes souvent découragés.

M. Hurst: Vous avez présenté un bon argument. On peut constater cependant que les consommateurs qui sont passés par le système et en sont sortis peuvent maintenant parler au nom des autres qui les suivent. On n'est pas nécessairement seul.

M. Wilbee: Je vous encourage. D'après ce que vous avez dit, vous avez certainement été un consommateur.

M. Hurst: Je le suis encore.

M. Wilbee: Je pense qu'il est essentiel que des gens comme vous preniez part aux tables rondes de notre société, afin de parler au nom de vos semblables.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Je vous souhaite également la bienvenue. J'ai quelques questions.

D'abord, quelle a été la relation de votre organisme avec les psychiatres et les autres organismes de la santé mentale?

Mme Oordt: Nous sommes un groupe bénévole de citoyens. Nous comptons parmi nos membres bon nombre de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, des gens qui travaillent pour le secteur public ou le secteur privé, des gens qui travaillent dans des cliniques ou au sein de leur collectivité. Presque tout le monde peut faire partie de notre association.

Nous avons été fondé par un groupe de psychiatres qui, en 1918, étaient révoltés par le traitement donné à certains patients. Nous avons toujours un lien avec cette profession. Nous avons également un groupe consultatif professionnel composé surtout de psychiatres, de psychologues et de gens de cette profession, c'est-à-dire du secteur de la santé mentale.

M. Pagtakhan: Je suis heureux d'entendre cela.

[Texte]

You indicated in your brief—and I apologize for being late—that at the time you submitted your report in February you had to produce a report by May 1990. I assume that report has now been completed and could be made available to our committee.

Ms Oordt: It is in draft form. We have it available, but it is still in process, particularly the numbers part of it.

Mr. Pagtakhan: I do not want to rush you, but when it becomes available I am sure our committee would like to have a copy of it.

Ms Oordt: Thank you. We will see that you do.

Mr. Pagtakhan: You indicated that mental health expenditures are small, relative to overall health funding. You asked in one of your recommendations for the breakdown of the cost spending for mental health versus non-mental health. Have you also undertaken a differential breakdown of cost within mental health expenditures relative to the various types of problems that you know best? Has that been done?

Ms Bonnie Pape (Director of Programs, Canadian Mental Health Association): We have attempted to break down mental health spending, but not according to diagnosis. I think you are talking about diagnosis.

Mr. Pagtakhan: That is one aspect, but not necessarily.

• 0945

Ms Pape: Our attempt to break down the figures has been in terms of services. We have looked at institutions and broken that down: institutional care, general hospitals, psychiatric hospitals. We have looked at community spending and attempted to break that down in terms of spending for self-help programs, spending for other kinds of programs, Medicare. That is the breakdown we are doing. However, we are finding a lot of difficulty with that because, as you can imagine, provinces define their categories differently. One thing we would like to see is some kind of consistency among provinces in their spending categories. We need a clearer picture of how the money is being spent.

Mr. Pagtakhan: Of the number of patients who have acute problems, or acute exacerbation of a chronic problem, what proportion of could now be handled in a community-based approach?

Ms Oordt: I do not know if we have actually done that. We recognize there are some people with some very serious problems who may very likely need a place to live. We now know this place as an institution. But we are seeing more and more that many of these people are coping quite well in small living units. I would point to the Raymond Care Centre in Raymond, Alberta. It is quite an interesting adventure. They had a very large institution. They have now gone into modules where people live within the community but at distance from the facility. I would suggest that a high proportion of those people still suffer from schizophrenia, one of our hardest illnesses to treat. Our research shows that

[Traduction]

Je m'excuse d'être arrivé en retard. Je vois dans votre mémoire que vous avez présenté un rapport en février et que vous deviez en produire un autre pour mai 1990. J'imagine qu'il est maintenant terminé et que les membres du comité pourront en avoir un exemplaire.

Mme Oordt: Il s'agit d'une ébauche. Il est disponible mais il n'est pas encore complet. Il nous manque surtout des chiffres.

M. Pagtakhan: Sans vouloir vous presser, j'aimerais que vous vous assuriez que notre comité reçoit copie de ce rapport.

Mme Oordt: Merci. Nous y veillerons.

M. Pagtakhan: Vous avez mentionné que les dépenses consacrées à la santé mentale sont relativement réduites par rapport aux coûts de santé en général. Dans vos recommandations, vous demandez la ventilation des dépenses reliées à la santé mentale et à la santé en général. Avez-vous également fait la ventilation des dépenses de santé mentale en précisant les dépenses reliées à chaque type de problème mental? Cela a-t-il été fait?

Mme Bonnie Pape (directrice des programmes, Association canadienne de la santé mentale): Nous avons fait une ventilation des dépenses pour la santé mentale, mais pas en fonction du diagnostic. Je pense que vous parlez du diagnostic.

M. Pagtakhan: C'est un aspect, mais pas nécessairement le seul.

Mme Pape: Nous avons essayé d'établir une ventilation des coûts des divers services. Nous les avons répartis entre les soins en établissements, les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. En ce qui concerne le coût des services communautaires, nous avons essayé de les répartir entre les programmes d'entraide et les autres genres de programmes comme l'assurance-maladie. Cependant, nous trouvons très difficile de faire une bonne ventilation des dépenses étant donné que les provinces ne définissent pas les catégories de la même façon. Nous souhaiterions qu'il y ait davantage d'uniformité sur ce plan. Il faudrait que nous puissions mieux voir comment l'argent est dépensé.

M. Pagtakhan: Quelle est la proportion des malades qui souffrent de troubles graves ou d'une aggravation de troubles chroniques qui pourraient être soignés au niveau communautaire?

Mme Oordt: Je ne sais pas si nous l'avons établi. Nous savons que certaines personnes qui souffrent de troubles très graves peuvent avoir besoin d'un lieu de résidence. En général, il s'agit d'un établissement psychiatrique, mais ces personnes sont de plus en plus nombreuses à pouvoir vivre dans de petits foyers. Je songe notamment au Raymond Care Centre, à Raymond en Alberta. Il s'agit là d'une initiative très intéressante. Au départ, il y avait un établissement de très grande taille. On l'a divisé en modules où les gens résident au sein de la collectivité, mais à une certaine distance de l'établissement. Une forte proportion de ces personnes souffrent encore de schizophrénie, l'une des

[Text]

this is 1% of the Canadian population—not 1% of the psychiatrically disabled, but 1% of Canadians. So it is a lesser number. We also see some other psychoses and some other illnesses that are very difficult to treat in the sense of helping the person to live somewhat more normally.

Mr. Pagtakhan: Do you have access to data over, say, three years or five years that would tell us how many patients are there due to cyclical exacerbations and how many are new patients?

Ms Oordt: I do not know, but I think we we could find out. I think there are people who know that.

Mr. Pagtakhan: It would be important for the committee to indicate how many had chronic problems.

My next question is about pilot projects that you want to establish across the country. You have concluded that this type of approach ought to be community based. Intuitively I agree, but how can you conclude that this is really the way to go and at the same time suggest that pilot projects be done? I think a first step would be to establish the pilot projects, then to evaluate their efficacy before we make the final definitive statement. Am I hearing you correctly?

Mr. Hurst: No, you are not. Those pilot projects are already in place. We are not asking to start them.

Mr. Pagtakhan: I heard that you had three pilot projects in three provinces, but you indicated as well in one of your recommendations that you would like to establish similar projects across the country. I thought I heard you correctly.

Mr. Hurst: I did not hear you correctly. I am sorry.

Ms Oordt: We know that in a lot of settings throughout the world there have been successful efforts at community re-investment, most notably in Dane County, Wisconsin; Vermont; and Plymouth, England. They have been very successful and we have looked at that research. We know there is always a risk in transplanting procedures, and we think that we need some more experience on the Canadian scene. We have the three projects that you alluded to in progress, and we are learning. We think that there could be some others as well. For instance, we need to look at the down-sizing of the Riverview Hospital in British Columbia. It is currently going on, but there is concern that there may not be a good holistic look at what this is going to do in the long term.

• 0950

There are some things in place in Vancouver that are also different from anywhere else. They have the Vancouver Mental Health Services group, which is different. So if you went to do that in Pinocka, Alberta, in Halifax or in other locations, we may not have a lot of information. Even as that is happening, it might be well to have some of those designated as pilot sites to really get a handle on what is happening as that proceeds.

[Translation]

maladies les plus difficiles à soigner. D'après nos études, cette maladie touche 1 p. 100 de la population canadienne—non pas 1 p. 100 des handicapés mentaux, mais 1 p. 100 des Canadiens. Il s'agit donc d'un chiffre moins important. Il y a également d'autres psychoses et d'autres maladies qui sont difficiles à traiter et nous devons aider le malade à vivre une vie plus normale.

M. Pagtakhan: Avez-vous accès aux données de ces trois ou cinq dernières années, par exemple, qui pourraient nous dire combien de patients doivent se faire soigner à la suite d'une aggravation cyclique de leur trouble et combien il y a de nouveaux cas?

Mme Oordt: Je ne sais pas, mais nous pouvons certainement nous renseigner. Certaines personnes doivent le savoir.

M. Pagtakhan: Il serait important que le comité sache combien de personnes souffraient de troubles chroniques.

Ma question suivante concerne les projets pilotes que vous voulez mettre en place dans l'ensemble du pays. Vous estimez qu'il faudrait opter pour les soins communautaires. J'ai tendance à être d'accord avec vous, mais comment pouvez-vous parvenir à cette conclusion tout en suggérant la mise en place de projets pilotes? À mon avis, il faudrait commencer par mettre sur pied ces projets pilotes, puis évaluer leur efficacité avant de prendre une décision définitive. Ai-je bien compris ce que vous avez dit?

M. Hurst: Non. Ces projets pilotes sont déjà en place. Nous ne demandons pas qu'ils soient mis sur pied.

M. Pagtakhan: J'ai entendu dire que vous aviez trois projets pilotes dans trois provinces, mais dans l'une de vos recommandations vous dites également que vous voudriez en mettre sur pied aux quatre coins du pays. C'est ce que je croyais avoir compris.

M. Hurst: Je regrette, mais ce n'est pas ce que nous avons dit.

Mme Oordt: Nous savons que dans de nombreuses villes du monde, les projets communautaires ont donné des résultats positifs, surtout dans la région de Dane au Wisconsin, dans le Vermont et à Plymouth, en Angleterre. Ces initiatives ont été couronnées de succès et nous les avons étudiées. Nous savons qu'il est toujours risqué de transplanter certaines méthodes et nous pensons nécessaire d'acquérir davantage d'expérience dans le contexte canadien. Les trois projets que vous avez mentionnés sont en cours et nous sommes en train de voir comment ils fonctionnent. Et nous croyons possible d'en instaurer d'autres. Par exemple, il faudrait se pencher sur la réduction des services à l'hôpital Riverview, en Colombie-Britannique. Ce programme est en marche, mais nous craignons que l'on n'ait pas vraiment examiné ses conséquences globales à long terme.

À Vancouver, il y a certains programmes qui diffèrent de ceux que l'on trouve ailleurs. Il y a notamment les services de santé mentale de Vancouver. Pour ce qui est de Pinocka, en Alberta, de Halifax ou d'autres endroits, nous n'avons peut-être pas beaucoup de renseignements sur ce qui se fait là-bas. Peut-être serait-il bon de désigner certaines initiatives comme des projets pilotes de façon à pouvoir vraiment suivre ce qui se passe.

[Texte]

Mr. Pagtakhan: As I indicated repeatedly, I support the concept because I happen to believe in that approach having been a medical practitioner once.

What is your assessment or recommendation of this type of community-based report in terms of their being privately controlled or publicly controlled, or a combination of both? Do you have any position on that question? I happen to believe in public funding.

Ms Oordt: I think what we would go back to is the graph shown earlier, what we call our framework of getting some kind of balance between all of the sectors that support an individual and also, more often, asking the person at the centre what it is he or she needs in an almost individualized kind of approach.

Mr. Pagtakhan: I realize that, but perhaps I did not make my question clear. Would you encourage private enterprise to be involved in the delivery of health care to attend to this type of problem? For example, would you invite health organizations from south of the border to come to Canada and utilize our medical cards, which I vehemently object to? I would like to know your position. I have a view.

Ms Oordt: I do not know that we, as an association, really entered into all of this part of it, but my sense would be that we would not be that interested in this much individualizing or private sectoring.

We do know, though, that when you work within the community where people are going to be living, this is the private sector.

Mr. Pagtakhan: We realize that.

Ms Oordt: It is people's homes.

Mr. Pagtakhan: I was thinking more of the type of approach to the funding and support.

You indicated on page 3 of your brief that people with severe mental disabilities live rich and fulfilling lives in the community. That is one of the goals of this framework for support. Thereafter, you say that two basic requirements to realize this goal would be to allow this type of individual to control their own lives. What proportion of those with severe problems could or are able to control their own lives, from your assessment, from the assessment of those dealing with them in the community, whether they be psychiatrists, psychologists, or social workers? Do we have data on this?

Ms Oordt: Our data is not that broad. There is some data there. When people make their own choices, they enter into almost a contract with the care-giver for progress toward health.

We also recognize that we need to look at the strengths of the individual, and not cover them completely with an illness blanket. There are certainly abilities they have to make choices, make decisions, even if there is some impairment about what is happening in their life and what is happening around them. So often we just simply say that this person is mentally ill therefore he or she cannot make a decision about what he or she needs.

[Traduction]

M. Pagtakhan: Comme je l'ai dit à de nombreuses reprises, je suis d'accord sur le principe, car j'y crois pour avoir déjà été médecin.

Pensez-vous que ce genre de programme communautaire devrait être confié à des services privés ou à des services publics ou encore à une combinaison des deux? Quelle est votre opinion à ce sujet? Personnellement, je crois au financement public.

Mme Oordt: Pour en revenir au graphique que nous avons montré tout à l'heure, nous souhaitons parvenir à un certain équilibre entre tous les secteurs qui soutiennent les malades et demander plus souvent à l'intéressé quels sont ses besoins, de façon à lui offrir un service plus personnalisé.

M. Pagtakhan: Je comprends bien, mais je n'ai peut-être pas formulé ma question assez clairement. Inciteriez-vous l'entreprise privée à assurer ce type de soins médicaux? Par exemple, inviteriez-vous des organismes de santé des États-Unis à venir au Canada et à se servir de nos cartes d'assurance-maladie, ce à quoi je m'oppose énergiquement? Je voudrais savoir ce que vous en pensez. J'ai mon idée là-dessus.

Mme Oordt: Je ne pense pas que notre association se soit vraiment penchée sur la question, mais je ne crois pas que nous souhaitions faire intervenir le secteur privé à ce point.

Cependant, lorsque vous devez trouver un endroit où les gens vont pouvoir vivre dans la collectivité, vous avez affaire au secteur privé.

M. Pagtakhan: Je comprends bien.

Mme Oordt: Les malades vivent chez des gens.

M. Pagtakhan: Je pensais davantage au financement et au soutien.

À la page 3 de votre mémoire vous dites que les gens souffrant de troubles mentaux graves peuvent mener une vie pleine et satisfaisante au sein de la collectivité. C'est l'un des objectifs de cette structure de soutien. Ensuite, vous dites que, pour atteindre cet objectif, il faut que l'intéressé soit maître de son destin. Quelle est la proportion des malades souffrant de troubles graves qui peuvent devenir maître de leur destin, d'après vous, et d'après ce qu'ont pu constater les psychiatres, les psychologues ou les travailleurs sociaux qui s'occupent d'eux? Avez-vous des données à ce sujet?

Mme Oordt: Nos données ne sont pas à ce point complètes, même si nous en avons quelques-unes. Lorsque les gens font ce choix eux-mêmes, c'est pratiquement comme s'ils signaient avec le fournisseur de soins un contrat pour progresser sur la voie de la santé.

Nous reconnaissons également la nécessité de tenir compte des atouts des intéressés au lieu de les considérer uniquement comme des malades. Ils peuvent certainement faire des choix et prendre des décisions, même s'ils ne comprennent pas toujours ce qui se passe dans leur vie ou autour d'eux. La plupart du temps, nous nous contentons de penser qu'un malade mental n'est pas en mesure de savoir ce dont il a besoin.

[Text]

Our experience is that this is not valid. We need to expect that people can make some decision. If they cannot, we also want to help people to encourage them in their well times to appoint a guardian or to appoint someone to speak on their behalf when they are so disoriented at a given time that they cannot make decisions. We need to give people more credibility for people making their own decisions.

Mr. Pagtakhan: My last question would be in terms of the situation as to why, aside from hospital costs, the community base of costs would be less. Specifically, have you identified the cause attributable to physicians' fees, to psychiatrists' fees and those attributable to other health care workers? What guarantee, intuitively, can you tell the committee that when we allow more community-based health care for this type of problem, that there will not be a demand necessarily for equal pay for work of equal value? I am not saying that it ought not to happen, but I would like to see how you view it because I believe in this principle very strongly.

Ms Oordt: I do not know how I could guarantee, but I do think that if we look at the whole structure we already have in place with medicare, that it is possible. I know that in my province Alberta health care now covers some of the cost of psychiatrists in community-based care; psychologists may also be paid through some of the funds from our provincial health care system. Perhaps one way to govern that would be to set a schedule or a fee. Maybe someone else here has a brilliant idea.

• 0955

Mr. Hurst: In the first two years of my illness all of my support came from my psychiatrist and his clinical nurse. I would visit them, usually on average about every two weeks. I have no idea what kind of cost was borne by the Province of Ontario in order for me to have that support structure, but I would imagine it was fairly high.

Now my support comes from a self-help group. I probably receive better attention from my peers. I do know that I have to maintain a relationship with my psychiatrist for medical purposes, but now my visits to my psychiatrist are cut down to once a quarter instead of once every two weeks. I have a no-cost support system in place, and I feel better about myself.

You put that into dollars-and-cents terms. I am not in your field, I am not in the medical field, but I have to believe it costs somebody a whole lot less.

Mr. Pagtakhan: Mr. Chairman, by way of conclusion, when I look at health care it is always quality before dollars. I think I would like to observe that here is an example; your brief tries to enunciate that leadership can be provided by those with the problems.

[Translation]

Nous avons constaté que ce n'était pas une bonne chose. Il faut que les gens puissent prendre certaines décisions. S'ils ne le peuvent pas, nous voulons les inciter à nommer un tuteur ou quelqu'un pour défendre leurs intérêts lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité de prendre une décision. Nous devons faire davantage confiance aux malades quant à leur capacité à prendre des décisions.

M. Pagtakhan: Ma dernière question est la suivante. Je voudrais savoir pourquoi, les frais d'hospitalisation mis à part, les soins en milieu communautaire coûteraient moins cher. Pensez-vous que c'est à cause des honoraires des médecins, des psychiatres et des autres travailleurs de la santé? Comment pouvez-vous garantir au comité que si nous nous orientons davantage vers les soins communautaires, on ne va pas réclamer un salaire égal pour un travail d'égale valeur? Je ne dis pas que ce soit une mauvaise chose, mais je voudrais savoir ce que vous en pensez, car c'est un principe auquel je crois beaucoup.

Mme Oordt: Je ne vois pas comment je pourrais vous le garantir, mais cela me paraît possible si l'on considère toute la structure que nous avons déjà en place dans le cadre de l'assurance-maladie. Je sais que dans ma province, en Alberta, l'assurance-maladie couvre désormais une partie des honoraires du psychiatre dans les services communautaires; les psychologues peuvent aussi être rémunérés à partir de certains crédits provenant de notre régime provincial des soins de santé. Il serait peut-être bon d'administrer ce système en établissant un barème ou un certain type d'honoraires. Il y a peut-être quelqu'un ici qui aura une suggestion géniale à nous faire.

M. Hurst: Au cours des deux premières années de ma maladie, j'ai reçu uniquement le soutien de mon psychiatre et de son infirmière spécialiste de clinique. J'allais les consulter en moyenne une fois tous les quinze jours. Je n'ai aucune idée de ce qu'il en a coûté à la province de l'Ontario pour que je puisse bénéficier d'un tel appui, mais j'imagine que le montant a dû être assez élevé.

Je suis maintenant soutenu par un groupe d'entraide. Il est probable que j'ai bénéficié d'une plus grande attention en m'adressant à mes pairs. Je n'ignore pas qu'il me faut rester en contact avec mon psychiatre pour des raisons médicales, mais mes visites se sont désormais espacées et je ne le consulte plus que tous les trimestres au lieu d'aller le voir tous les quinze jours. Mes soins ne sont plus à titre onéreux, et je me sens mieux.

Il faut calculer tout cela en dollars et en cents. Je ne travaille pas dans votre domaine, je n'appartiens pas à la profession médicale, mais je suis obligé de penser que, quelque part, on fait ainsi de grosses économies.

M. Pagtakhan: Pour conclure, monsieur le président, je dirais qu'en matière de santé, je regarde toujours la qualité avant d'examiner le coût. Je ferai observer aux témoins que nous avons là un bon exemple; votre mémoire s'efforce de nous faire comprendre que les orientations peuvent être données par ceux-là même qui éprouvent les difficultés.

[Texte]

Mr. White (Dauphin—Swan River): I know we are almost out of time, but I have a couple of quick questions arising from your report. First, though, I join the committee in welcoming you here today.

Speaking of support systems, you mentioned, sir, that some of them are not even available in the institutions. In your opinion, is that because of a shortage of trained professionals or a lack of professional training in the first place?

Mr. Hurst: I think it is due to a lack of planning in a very large sense. I chaired the 1989 national conference, I am chairing another conference for this association in the very near future, and I would like to see it entitled "Mental Health and the Middle Class Milk Toast" because we often fit into a category that does not get serviced at all. I think it is just the fact that we have not really planned how to help people with these support structures, in the institutions or in the communities, particularly non-medically related ones.

Mr. White: So there has not been a whole lot of progress, in your opinion, over the past 20, 30, 50 years.

Mr. Hurst: I speak from the heart, not from book knowledge, let us say. I would say that it is getting a lot better, only because I have empowered myself to make it that way. I build what support systems I need. I am fortunate to have the facilities, mentally and physically, to do that, but a lot of other people do not.

Mr. White: Whenever we hear from groups like yours—and representing a rural, remote area as I do in western Canada—one thing that always comes to mind is how much the rural, remote areas are kept in mind by groups like yours when you talk about getting community-based support systems in place. The people I represent often do without the basic medical services the rest of the country in urban areas take for granted. I am wondering if those kinds of things cross your mind or enter into any discussions you have about community-based support systems.

Ms Oordt: Very definitely. I think one of the moves has been from large psychiatric hospitals to psychiatric units in general hospitals. It helped to move the facility a little closer to where people live, as you say, in somewhat more remote areas. We now have one, for instance, in Grande Prairie and in Prince Albert, so people are a little bit closer.

That still does not answer the widespread problem across our country of being so far a distance from one another. What we have noted there is that by helping the persons to gain the kind of care they might need in their community from the community workers... there are some kind of medical community workers in those communities somewhere. There are public health nurses, or there are other people in some way, and if we give them some basic training they at least will

[Traduction]

M. White (Dauphin—Swan River): Il ne nous reste peu de temps, mais j'aimerais poser rapidement une ou deux questions au sujet de votre rapport. Laissez-moi tout d'abord me joindre aux autres membres du comité pour vous souhaiter la bienvenue parmi nous.

En ce qui a trait aux mécanismes de soutien, vous nous avez dit qu'il n'y en a pas toujours au sein des établissements. Est-ce à votre avis par manque de spécialistes qualifiés ou en raison d'un manque de possibilités de formation au départ pour les spécialistes?

M. Hurst: Je pense que c'est dû à un manque de planification au sens large. J'ai présidé la conférence nationale de 1989 et je dois présider très bientôt une autre conférence de notre association que j'aimerais que l'on intitule: «La santé mentale et les lavettes de la classe moyenne» parce que nous nous retrouvons souvent dans une catégorie qui ne bénéficie d'aucuns services. Je pense que cela s'explique tout simplement parce que nous n'avons pas vraiment pensé à aider les gens grâce à ces structures de soutien, au sein des établissements ou dans les collectivités, tout particulièrement lorsqu'il ne s'agit pas de questions médicales.

M. White: On n'a donc pas beaucoup progressé, à votre avis, au cours des 20, 30 ou 50 dernières années.

M. Hurst: Je dois vous avouer que chez moi, c'est le cœur et non pas la raison qui parle. Je dirais que les choses s'améliorent, tout simplement parce que je me suis donné moi-même les moyens de progresser. Je me dote moi-même des mécanismes de soutien dont j'ai besoin. J'ai la chance d'avoir les capacités, physiques et mentales, pour le faire; mais ce n'est pas le cas de tout le monde.

M. White: Chaque fois que j'entends le témoignage de groupes comme le vôtre—étant donné que je représente une région rurale et éloignée dans l'ouest du Canada—je me rends compte immédiatement des préoccupations qui sont les vôtres au sujet des régions rurales et éloignées lorsque vous parlez des mettre en place des mécanismes communautaires de soutien. La population que je représente doit souvent se passer des services médicaux essentiels que l'on trouve tout à fait normaux dans les régions urbaines du reste du pays. Je me demande si vous avez tout cela à l'esprit ou si vous l'évoquez dans vos discussions sur les mécanismes de soutien communautaires.

Mme Oordt: Bien sûr. Je pense que l'une des orientations a consisté à abandonner les gros hôpitaux psychiatriques pour mettre en place des services psychiatriques dans les hôpitaux polyvalents. Cette mesure a contribué à rapprocher un peu l'établissement des gens qui habitent, comme vous venez de le dire, dans les régions éloignées. Ainsi, nous avons maintenant un service à Grande-Prairie et à Prince Albert, et les patients sont donc un peu plus près de chez eux.

Il n'en reste pas moins que le grand problème dans notre pays reste encore l'énormité des distances. Nous avons remarqué en aidant les gens à obtenir le type de soins dont ils peuvent avoir besoin au sein de leur collectivité et qui peuvent être fournis par des travailleurs communautaires... qu'il y a dans toutes ces localités des travailleurs communautaires appartenant à la profession médicale. Il y a des infirmières de la santé publique, il y a d'une façon ou

[Text]

be able to recognize the sort of severity of an illness. They can tell the difference between someone who is bleeding to death or just has an open wound that can be healed. In the same way in the psychiatric area—is this person really at risk for very severe long-term illness, for suicide, all those kinds of things, or is it a problem that is really more involved with the structure of the family, or something on that level?

• 1000

By having people like that being much more aware, it really helps to have people receive the care. It still necessitates them leaving their community, and that is not the best place to get care, but hopefully they would be able to be helped to a point where they can go back to the community and not have to stay away for so long.

I was in Yellowknife and was talking with a native gentleman who told me that when his daughter returned he thought she had come back from the dead because she had been gone for 17 years, and sort of walked back into his community. She had been in Alberta, actually, for psychiatric treatment over that time, and there had been virtually no information given to him or his family about what happened. He knew that she was still alive and he knew she was not well. It was just a very traumatic experience for him when she returned.

We have to do that better, and there are ways we could just with information, keeping people in contact in some way if indeed there has to be relocation because of remoteness.

I do not know if that completely answers your concerns, but we are aware that it is a very big problem in our country.

The Chairman: I think you did touch on an area that the committee has heard about in various aspects of the hearings we have had. Different levels of services are available to Canadians certainly because of the diversity of our country. It is not going to be the same in rural Manitoba, as Mr. White said, as it is in Metro Toronto. That is a concern many groups have expressed to us.

If I may, in closing and in thanking you, this is just a reminder that some of the members have asked for follow-up or additional information. We would ask that you would provide us with this, and we thank you for it.

People like yourselves in the volunteer sector do so much. Obviously there are things that governments at all levels can do. There is funding that is available. But in so many cases, unless there are people willing to dedicate themselves to seeing that the resources are adequately used and point out the need for improvements within the system, the system can break down. I think it is important that people take the initiative and the time to serve, albeit on a

[Translation]

d'une autre bien d'autres gens qui, si nous leur donnons la formation de base appropriée, pourront au moins nous aider à reconnaître le degré de gravité d'une maladie. Ils peuvent faire la différence entre une personne qui perd tout son sang et une personne qui n'a qu'une simple plaie ouverte qui peut être soignée. Il en va de même dans le domaine psychiatrique: la personne court-elle véritablement un risque de maladie très grave à long terme; risque-t-elle de se suicider, par exemple, ou s'agit-il simplement d'une difficulté qui relève de la structure de la famille, ou d'un problème comme ça?

Lorsqu'on forme ainsi ce genre de personnel, on facilite grandement les soins. Certaines personnes devront bien sûr quitter quand même leur collectivité, car ce n'est pas là l'endroit rêvé pour se faire soigner, mais on peut espérer qu'à partir du moment où elles seront en partie rétablies, il sera possible de les faire revenir chez elles sans les obliger à rester trop longtemps éloignées de leur collectivité.

À Yellowknife, j'ai rencontré un autochtone qui m'a dit que lorsque sa fille est revenue à la maison, il a eu l'impression qu'elle revenait du royaume des morts parce qu'elle était restée partie pendant 17 ans avant de réapparaître comme par enchantement. En fait, elle avait subi pendant tout ce temps un traitement psychiatrique en Alberta et on n'avait donné pratiquement aucune nouvelle d'elle à son père ou à sa famille. Il savait qu'elle était en vie et qu'elle n'allait pas trop bien. Il a été tout simplement traumatisé par son retour.

Nous devons améliorer cet état de choses et il y a des façons de le faire sur le plan de l'information, en faisant en sorte que les gens gardent un certain contact lorsqu'il doit y avoir un déplacement des personnes en raison de l'éloignement.

Je ne sais pas si tout cela répond à vos préoccupations, mais nous sommes bien conscients qu'il y a là un véritable problème dans notre pays.

Le président: Je pense que vous venez d'aborder un sujet dont le comité a entendu parler de différentes manières tout au long de ces audiences. Différents niveaux de services sont offerts aux Canadiens, en raison bien sûr de la diversité de notre pays. M. White nous l'a dit, les services ne seront pas les mêmes dans les régions rurales du Manitoba que dans la communauté urbaine de Toronto. C'est là une préoccupation dont nous ont fait part de nombreux groupes.

Pour terminer et en vous remerciant, je voudrais simplement vous rappeler que certains membres du comité ont demandé à disposer de renseignements complémentaires et aimeraient que vous assuriez un suivi. Nous vous demandons donc de nous en faire bénéficier et nous vous en remercions.

La contribution des gens qui travaillent comme vous dans le secteur bénévole est précieuse. Bien évidemment, il y a des choses que les différents paliers de gouvernement peuvent faire. Il y a des crédits disponibles. Mais, bien souvent, s'il n'y a personne qui se dévoue, qui veille à ce que les ressources soient bien utilisées et qui se penche sur les améliorations devant être apportées au système, ce système risque de s'effondrer. Je pense qu'il est important que des gens

[Texte]

voluntary basis. Without that, Canada would not be the type of country in which all of us take so much pride.

I do, on behalf of the committee, thank you sincerely for appearing before us this morning, and thank you for your testimony. As I have indicated, there may be additional information we will require at a later date, and we will contact you in that regard.

• 1004

• 1011

The Chairman: I call the meeting to order for the continuation of the health care committee's study.

At this time we would like to welcome Nancy Plews, President of the Canadian Physiotherapy Association, and Brenda Myers, Executive Director. We welcome both of you here this morning on behalf of the committee, and we thank you for the presentation that you provided us with earlier this year.

As we have indicated before, we are hearing a broad cross-section of people involved in the health care field within Canada. I think you are also aware of the terms of reference of this committee and we look forward to your testimony this morning, followed by questions from members of the committee.

Ms Nancy Plews (President, Canadian Physiotherapy Association): Good morning, Mr. Chairman and members of the committee. The Canadian Physiotherapy Association, CPA, is a national voluntary association representing physiotherapists from across Canada. CPA co-ordinates the professional interests of physiotherapists, speaks for the profession on a national basis and provides a forum for the on-going professional development of physiotherapists.

Physiotherapists are health care professionals who work in hospitals, community and home care, long term and private practice settings. They treat children with cerebral palsy, cystic fibrosis, adults with spinal cord injuries and brain injuries, multiple sclerosis, fractured hips and arthritis, just to name a few.

The scope of practice of a physiotherapist includes the assessment of patients, the determining of a clinical diagnosis, treatment planning and the provision of treatment using rehabilitation techniques such as exercise and mobilization. In the practice of physiotherapy, prevention of disability, the attainment of one's maximum functional level and the promotion of healthy lifestyles through education are key components.

Let me illustrate these few points with a couple of examples. In the case of treatments in paediatrics of a child with asthma, the main role of the physiotherapist is as educator, education of the child of the disease process,

[Traduction]

prennent l'initiative et le temps de servir en tant que bénévoles. C'est indispensable, si l'on veut que le Canada soit bien ce pays dont nous sommes tous fiers.

Au nom du comité, je vous remercie chaleureusement d'avoir comparu parmi nous ce matin et de nous avoir apporté votre témoignage. Comme je vous l'ai dit, nous aurons peut-être besoin d'autres renseignements à une date ultérieure et nous vous joindrons à ce sujet.

Le président: La séance est réouverte. Le Comité poursuit son étude de la question des soins de santé.

Je souhaite maintenant la bienvenue à Nancy Plews, présidente de l'Association canadienne de physiothérapie et à Brenda Myers, directrice administrative de cette même association. Au nom du comité, je vous souhaite à toutes deux la bienvenue ce matin et nous vous remercions de l'exposé que vous avez fait plus tôt cette année.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, nous avons entrepris d'entendre un échantillon largement représentatif des personnes qui opèrent dans le domaine de la santé au Canada. Je pense que vous connaissez par ailleurs le mandat du comité. Nous nous disposons à entendre votre témoignage ce matin, après quoi les membres du comité vous poseront des questions.

Mme Nancy Plews (présidente, Association canadienne de physiothérapie): Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité. L'Association canadienne de physiothérapie (ACP) est un organisme bénévole d'envergure nationale qui représente les physiothérapeutes de l'ensemble du Canada. L'ACP coordonne la défense des intérêts professionnels des physiothérapeutes, par et au nom de la profession à l'échelle nationale et agit en tant que centre permanent de formation professionnelle des physiothérapeutes.

Les physiothérapeutes sont des professionnels de la santé qui travaillent dans les hôpitaux, les services de santé communautaire et de soins à domicile, les établissements de soins à long terme et les cliniques privées. À titre d'exemple, ils traitent des enfants souffrant de paralysie cérébrale ou de fibrose kystique et des adultes ayant subi des blessures à la colonne vertébrale ou au cerveau, souffrant de sclérose en plaques ou ayant de l'arthrite ou une fracture de la hanche.

Le champ d'activités des physiothérapeutes comprend l'examen des patients, l'établissement de diagnostics cliniques, la planification et l'application de traitements faisant appel à l'exercice, à la mobilisation et aux autres techniques de réadaptation. Les éléments clés de la pratique de la physiothérapie sont la prévention des incapacités, l'acquisition d'un maximum d'autonomie et la promotion de modes de vie sains par le biais de l'éducation.

J'illustrerai ces différents points à l'aide de quelques exemples. Lorsqu'il s'agit de traiter en pédiatrie un enfant asthmatique, le rôle principal du physiothérapeute est celui d'un éducateur chargé d'apprendre à l'enfant comment

[Text]

appropriate breathing and relaxation exercises and treatment in the form of an exercise and activity program and also working with physicians and pharmacists in the education of the appropriate use of medications, the goal being to attain a normal style of living for that child, one where, within the framework of a chronic disease, restrictions due to the disease are minimized.

In the role of a geriatric physiotherapist, an example would be of an elderly woman who is experiencing falls in her home. The physiotherapist's role encompasses the determining of the reason for the falls, treatment techniques to minimize the risks, such as gait training, strengthening and balance exercises and education with regard to safety in the home. Again, the goal would be to maintain this individual's independent lifestyle.

• 1015

There are 13 university physiotherapy education programs in Canada. Approximately 600 students graduate each year. In 1989 there were 10,182 physiotherapists registered to practise in Canada. According to the 1988 federal-provincial report and based on 1986 and 1987 statistics, a shortage of approximately 790 is projected for 1991.

The supply deficit is expected to continue or increase for several reasons. First, the change in demographics and associated patterns of health and illness will increase the demand for rehabilitation services; second, the move to community health services and away from the institution; third, the shift from societal attitudes towards the disabled and an emphasis on independence and health promotion; and finally, the limitation of the expansion of university programs in physiotherapy. All of these relate to the supply deficit.

The critical issues for physiotherapy are how do we ensure an adequate supply of physiotherapists to meet Canada's needs; how do we make more effective use of existing physiotherapy resources; and how do we involve physiotherapists in policy and planning structures?

To address those issues, the Canadian Physiotherapy Association has made the following recommendations.

First, is the support of the expansion of physiotherapy education programs and the exploration of alternate university educational models and curricula needs. Expansion has occurred in several provinces, but further growth is hampered by restrictions in funding for universities and the limited number of physiotherapists qualified for university positions. There are currently 35 vacant faculty positions in the 13 physiotherapy programs across the country. Additional educational opportunities are needed to increase the number of physiotherapists, but changes in programs are needed to educate physiotherapists for work in community and alternate service delivery models.

[Translation]

évolue la maladie, comment respirer et faire des exercices de relaxation et comment suivre un traitement sous la forme d'un programme d'exercices et d'activités, tout en oeuvrant en collaboration avec des médecins et des pharmaciens pour apprendre à l'intéressé à bien utiliser les médicaments, le but étant de faire en sorte que l'enfant puisse mener une vie normale dans laquelle les contraintes dues à la présence d'une maladie chronique sont réduites au maximum.

En gériatrie, le rôle du physiothérapeute consistera par exemple à aider une femme âgée qui tombe à plusieurs reprises chez elle. Le physiothérapeute devra déterminer la raison de ces chutes, les techniques de traitement visant à minimiser les risques, qu'il s'agisse du réapprentissage de la marche ou d'exercices de renforcement des muscles et d'équilibre, ainsi que les mesures de sécurité à prendre dans la maison. Là encore, le but sera de permettre à la personne en cause de conserver son mode de vie indépendant.

Il y a au Canada 13 programmes universitaires d'enseignement de la physiothérapie. Quelques 600 étudiants sortent diplômés chaque année. En 1989, 10,182 physiothérapeutes étaient habilités à pratiquer au Canada. Si l'on en croit le rapport fédéral-provincial publié en 1988 et les statistiques de 1986 et de 1987, il devrait manquer environ 790 physiothérapeutes en 1991.

La pénurie devrait se poursuivre ou s'accroître pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'évolution de la démographie et des schémas correspondant de santé et de maladie va entraîner une augmentation de la demande de services de rééducation; en second lieu, les services de santé communautaires vont venir remplacer progressivement les établissements; troisièmement, l'attitude de la société vis-à-vis des handicapés est en train de changer et l'on met l'accent sur l'indépendance et sur la promotion de la santé; enfin, la capacité d'accueil des programmes universitaires en matière de physiothérapie est limitée. Tout cela se rattache à la pénurie de l'offre.

Les grandes questions dans le domaine de la physiothérapie sont de savoir comment s'assurer d'un afflux suffisant de physiothérapeutes pour répondre aux besoins du Canada, comment rendre plus efficace les ressources physiothérapeutiques existantes et comment faire participer les physiothérapeutes à l'élaboration des politiques et de la planification.

Pour répondre à toutes ces questions, l'Association canadienne de physiothérapie a fait les recommandations suivantes.

Tout d'abord, favoriser le développement des programmes d'étude en physiothérapie et explorer d'autres modèles et d'autres programmes d'études universitaires. Il y a eu une expansion dans plusieurs provinces, mais la croissance ne peut se poursuivre à cause des contraintes liées au financement des universités et du nombre restreint de physiothérapeutes en mesure de prétendre à un poste universitaire. Il y a à l'heure actuelle 35 postes d'enseignant vacants dans les 13 programmes de physiothérapie du pays. Il faut accroître les possibilités d'éducation si l'on veut faire augmenter le nombre de physiothérapeutes, mais il faudra effectuer d'autres changements dans les programmes pour préparer des physiothérapeutes à travailler en milieu communautaire ou dans d'autres cadres où ils seront appelés à dispenser leurs services.

[Texte]

The second recommendation is to strengthen recruitment and re-entry programs for physiotherapists who have not been active in the profession, and also to address the quality of working life issues. Like other professions with a high percentage of female practitioners, many physiotherapists have complex career patterns which are interrupted by family responsibilities and other important endeavours. Programs which provide assistance, including brief refresher courses, placement assistance and skills development would enable greater numbers of these physiotherapists to meet the licensing requirements needed to re-enter the workplace.

Although the practice of physiotherapy offers a challenging and rewarding career, the work environment often does not offer sufficient support for both professional and personal needs. Greater attention needs to be devoted to the issues of job satisfaction, professional development and advancement within the profession in order to enable physiotherapists to continue to work productively in health care institutions and in the community.

The third recommendation is to provide funding to attract physiotherapy human resources and to enable policy makers to establish better estimates of the future needs for physiotherapy. A national data base of physiotherapy human resources is an essential tool in establishing the current supply of physiotherapists and the demand for professionals in institutions and community programs. Such a data base does not exist, and CPA, along with regulatory bodies, has been working to standardize some of the provincial reporting requirements on supply and also to collect data on program demands for physiotherapists.

Human resource supply and demand is a complex area. Academics, policy-makers and other individuals should be assisted in research that will develop better models for predicting the supply and demand for all health professionals.

Our fourth recommendation is the utilization of physiotherapists and other health care professionals for entry into the health care system. Waiting lists for physiotherapy are frequent. Patients in some parts of the country have no local access to physiotherapy services, and access to physiotherapy services is often limited by restrictions on the insuring of such services or by caps in the dollar value of services which individuals may receive.

The Canadian Physiotherapy Association believes patients would be more effectively served by physiotherapists if there were direct access to physiotherapy services. The current education of physiotherapists provides the skills and the expertise to assess the patient's needs for physiotherapy, and also to refer patients with medical needs to physicians.

[Traduction]

La deuxième recommandation: renforcer les programmes de recrutement et favoriser le retour au travail des physiothérapeutes qui ont délaissé la pratique pendant un certain temps, tout en s'attaquant aux questions liées à la qualité du milieu de travail. Comme dans les autres professions où l'on trouve un fort pourcentage de femmes, les physiothérapeutes ont souvent un cheminement de carrière complexe, interrompu par des obligations d'ordre familial ou par d'autres tâches importantes. Différents programmes d'aide, dont des cours accélérés de rattrapage, des services d'aide au placement et de perfectionnement des compétences, permettraient à un plus grand nombre de physiothérapeutes de satisfaire aux exigences des corporations professionnelles et de rejoindre les rangs de la population active.

La pratique de la physiothérapie offre des possibilités de carrière intéressantes et pleines de défis, mais le milieu de travail manque souvent de stimulant, tant sur le plan personnel que professionnel. Il faudra s'attarder davantage sur les questions de satisfaction dans l'emploi, de perfectionnement et d'avancement si l'on veut que les physiothérapeutes restent productifs dans les établissements de santé ou dans les milieux communautaires où ils exercent.

La troisième recommandation consiste à accorder des crédits pour intéresser davantage les gens à la physiothérapie et pour permettre aux décideurs de mieux évaluer les besoins de physiothérapeutes à l'avenir. Une banque nationale de données sur les ressources humaines en physiothérapie est un outil essentiel lorsqu'on veut déterminer l'offre actuelle de physiothérapeutes et la demande de professionnels dans les établissements et dans les services communautaires. Cette banque de données n'existe pas à l'heure actuelle et l'ACP, en collaboration avec les instances de réglementation, a entrepris de normaliser les comptes rendus qu'on exige des provinces en ce qui concerne l'offre ainsi que de recueillir des données sur la demande de physiothérapeutes dans les différents programmes.

Dans le domaine des ressources humaines, la question de l'offre et de la demande est complexe. Il faudrait aider les universitaires, les décideurs et les diverses personnes qui cherchent à élaborer de meilleurs modèles pour prédire l'offre et la demande de professionnels dans tous les domaines de la santé.

Notre quatrième recommandation: se servir des physiothérapeutes et des autres professionnels de la santé pour accéder au système des soins médicaux. Les listes d'attente en physiothérapie sont fréquentes. Dans certaines régions du pays, les patients ne peuvent accéder localement à des services de physiothérapie et l'accès à ces services est souvent limitée du fait de restrictions imposées en matière d'assurance de ces services ou du plafonnement de la valeur monétaire des services que peuvent recevoir les bénéficiaires.

L'Association canadienne de physiothérapie considère que les patients seraient mieux servis s'ils pouvaient accéder directement aux services de physiothérapie. Grâce à la formation qu'ils reçoivent aujourd'hui, les physiothérapeutes sont en mesure d'évaluer les besoins de physiothérapie des patients et de recommander un médecin à ceux qui ont des besoins d'ordre médical.

[Text]

The fifth recommendation is to support research initiatives aimed at developing healthy public policy, encourage health promotion activities by professionals, and to stimulate active involvement of all Canadians in choosing healthy behaviours and thereby providing a more effective long-term strategy for health care.

• 1020

Our sixth recommendation is the establishment of demonstration models of alternate work arrangements, which include evaluation of quality of care, outcome measures and cost effectiveness of these alternatives.

The Canadian Physiotherapy Association supports the development of new models of service delivery, which may prove to be more cost effective than those existing models. However, CPA does believe the evaluation of such models must incorporate quality of care criteria to ensure the health care needs of all Canadians are met.

Effective use of physiotherapy resources requires that professional physiotherapists be supported in their work by appropriately trained support personnel who can assist in providing patient care and performing supplementary and routine tasks and activities. CPA is currently involved in several projects, including one with the Canadian Association of Occupational Therapists and the Canadian Association of Speech and Language Pathologists and Audiologists, in which we are studying the roles of support personnel. We are also working with physiotherapy regulatory boards looking for future models of PT service delivery.

Our final recommendation is the establishment of a national health council to provide an ongoing forum for examination of health policy issues and to develop and review health care goals for Canada. The health council would bring together a range of expertise to examine the performance of the health care system, identify developing trends in health needs and health care services and provide a national forum for an ongoing exchange of views on health care policy and planning.

Given the growth in the importance of rehabilitation issues in the Canadian health care system and the crucial role of physiotherapists in the delivery of hospital and community services, CPA believes the greater opportunities for input from the physiotherapy profession and other rehab disciplines into policy and planning structure is essential.

The Canadian Physiotherapy Association has welcomed the opportunity to address the important issues identified by the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women. Brenda and I would certainly be more than pleased to respond to any questions the committee may have. Thank you.

[Translation]

La cinquième recommandation est d'encourager les efforts de recherche visant à élaborer de saines politiques gouvernementales, d'appuyer les campagnes de promotion de la santé menée par les professionnels et d'inciter tous les Canadiens à adopter délibérément des habitudes de vie saines, ce qui reviendrait enfin à se doter d'une stratégie de santé plus efficace à long terme.

Notre sixième recommandation concerne la mise sur pied de projets pilotes où des arrangements de travail différents serait mis à l'essai et évalués en fonction de la qualité des soins, de la mesure des résultats des traitements et de la rentabilité.

L'Association de physiothérapie appuie la mise en place de nouveaux modèles de distribution des services qui pourraient se révéler plus rentables que ceux en usage aujourd'hui. Elle considère toutefois que l'évaluation de tels modèles doit comporter des critères de qualité des soins si on veut être sûr de bien répondre aux besoins des Canadiens.

Une bonne utilisation des ressources en physiothérapie suppose que les physiothérapeutes professionnels puissent compter dans leur travail sur l'aide d'employés de soutien convenablement formés pour dispenser des soins aux patients et pour s'acquitter d'autres tâches accessoires et courantes. L'ACP participe actuellement à plusieurs projets, notamment, en collaboration avec l'Association canadienne des ergothérapeutes et l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, à un projet de recherche sur les rôles du personnel de soutien. De concert avec les instances réglementaires en matière de physiothérapie, notre association étudie par ailleurs de futurs modèles de prestations de services de physiothérapie.

Notre dernière recommandation porte sur l'institution d'un conseil canadien de la santé qui servirait de tribune permanente pour étudier les questions de santé d'intérêt public et pour établir et réviser des objectifs de santé pour le Canada. Ce conseil pourrait réunir des experts de différentes spécialités qui étudieraient comment se comporte le système de soins de santé et dégagerait les tendances qui se dessinent dans les besoins et les services, servant ainsi de tribune nationale menant à un échange de vues permanent sur l'orientation et la planification des soins de santé.

Étant donné l'importance croissante de la physiothérapie dans le système canadien de soins de santé et le rôle crucial des physiothérapeutes dans la prestation des services hospitaliers et communautaires, l'ACP juge essentielle de donner à la profession des physiothérapeutes et autres disciplines du domaine de la rééducation de plus grandes chances de s'exprimer dans les instances d'orientation et de planification des soins de santé.

L'Association canadienne de physiothérapie est heureuse d'avoir eu l'occasion d'aborder les importantes questions sur lesquelles se penche le Comité permanent de la Chambre des communes chargé de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine. Avec Brenda, nous sommes tout à fait disposées à répondre aux questions que les membres du comité voudront bien nous poser. Je vous remercie.

[Texte]

The Chairman: Thank you very much, Ms Plews. We appreciate the presentation you have given us this morning.

I believe you indicated there were 35 vacancies in the faculty positions in 13 universities and a shortfall of 790 this year. Is that a growing trend? Has it been there for some time in both of those areas in the faculty and throughout the country?

Ms Brenda Myers (Executive Director, Canadian Physiotherapy Association): The shortfall of 791, just to repeat what Nancy has said, is based on a federal-provincial report produced in 1988 and on 1986 and 1987 data, making projections to 1991. A deficit in the supply of physiotherapists has existed for some time, and with the growth in the call for physiotherapy services, we expect that is going to continue.

A number of physiotherapy programs across the country have increased their enrolment or are currently in the process of doing that, and they are increasing it quite significantly. In order to do that, they are looking at fairly innovative ways, I think, of educating physiotherapists by linking programs. I will perhaps get Nancy to explain in a minute, but there is a program between McMaster University and Lakehead to educate physiotherapists for rural areas. The shortfall in the supply of faculty has also existed for some time, and with the growth of programs it is making it very difficult to increase further.

Ms Plews: As we have developed as a profession in our scientific knowledge and our standards of practice, we are looking for a higher level of educator. Whereas a Master's level entry was at one point acceptable for faculty, we are moving on to PhD. Again, there is a greater shortage as we are putting those kinds of demands on our profession.

Ms Black: Welcome to the committee, and thank you for your presentation.

You mentioned in your presentation that there was a high percentage of female physiotherapists and that added to the lack of physios currently practising. I had three children and I was in and out of the work force, so I certainly understand that. I wonder if you could tell me what the total percentage is of female physiotherapists.

[Traduction]

Le président: Merci, madame Plews. Nous avons particulièrement apprécié l'exposé que vous venez de nous faire ce matin.

Il me semble que vous nous avez parlé de 35 postes d'enseignant vacants dans 13 universités et d'une pénurie de 790 professionnels cette année. Est-ce là une tendance qui s'accroît? La situation dure-t-elle depuis un certain temps déjà pour les postes d'enseignant et dans l'ensemble du pays?

Mme Brenda Myers (directrice administrative, Association canadienne de physiothérapie): Cette pénurie portant sur 791 personnes, pour reprendre ce que vient de dire Nancy, découle des conclusions contenues dans le rapport fédéral-provincial publié en 1988 à partir de statistiques de 1986 et 1987, en extrapolant jusqu'en 1991. La pénurie de physiothérapeutes existe depuis un certain temps déjà et, avec la croissance continue de la demande de services de physiothérapeutes, nous nous attendons à ce que cette tendance se poursuive.

Un certain nombre de programmes de formation de physiothérapeutes au pays acceptent désormais davantage d'étudiants ou sont sur le point de le faire, et l'augmentation est assez significative. Pour ce faire, on a recours à des solutions assez novatrices, à mon avis, consistant par exemple à former des physiothérapeutes en liant les programmes entre eux. Nancy vous en dira peut-être quelques mots tout à l'heure, mais l'Université McMaster et Lakehead ont un programme conjoint visant à former des physiothérapeutes pour qu'ils exercent en région rurale. La pénurie d'enseignants existe aussi depuis un certain temps et, avec l'augmentation des étudiants, il est difficile de suivre la demande.

Mme Plews: À mesure que notre profession, que nos connaissances scientifiques et que nos règles de pratique se sont développées, nous nous sommes mis à rechercher des enseignants d'un plus haut niveau. Auparavant, il suffisait d'avoir une maîtrise pour enseigner, aujourd'hui on demande un doctorat. Là encore, ces exigences supplémentaires ne font qu'accroître la pénurie dans notre profession.

Mme Black: Je vous souhaite la bienvenue devant le comité et je vous remercie de votre exposé.

Vous nous avez dit au cours de votre exposé qu'il y avait un fort pourcentage de femmes dans la profession de physiothérapeute et que cette situation contribue à accroître la pénurie de physiothérapeutes en activité. Je comprends bien le problème, ayant eu moi-même trois enfants et ayant dû interrompre à plusieurs reprises ma carrière. Pouvez-vous me dire quel est le pourcentage de femmes par rapport au total des physiothérapeutes?

• 1025

I saw in your recommendations on re-entry programs for women returning to the field that you had some concerns about costs, that the small class sizes were expensive. I wonder if you have any other suggestions on ways in which physiotherapists who are not currently practising could keep up to date and in touch with what is happening in the field so they could re-enter into practice more quickly without the need for a total upgrading course or a re-entry course.

J'ai vu dans vos recommandations sur les programmes de réinsertion des femmes ayant quitté la pratique que vous étiez préoccupée par les coûts et que les cours de recyclage n'ayant que peu d'élèves étaient onéreux. Avez-vous d'autres propositions à faire concernant la façon dont les physiothérapeutes qui ne pratiquent pas à l'heure actuelle pourraient se tenir à jour et au courant de ce qui se passe dans le domaine de façon à pouvoir réintégrer la profession plus rapidement sans avoir besoin de suivre un cours complet de formation ou de recyclage?

[Text]

I also wonder how part-time work is handled within the profession.

Ms Myers: On the male-female ratio, about 90% of the profession are females and 10% males. That is actually a significant increase over the last probably five to ten years.

Ms Black: An increase of women or an increase of men?

Ms Myers: Increase of men. Prior to that it would have been closer to 100%, I would say.

On the things that could be done to help women come back into the work force, we perhaps have not structured continuing education in a way that would assist those individuals, whereas we might in the future. A lot of them also live in smaller areas, so it is hard to design continuing education programs that we can take to those smaller areas or have mechanisms in order to bring those individuals to perhaps a larger location if they have family responsibilities and that kind of thing.

That is perhaps where technology helps, because we may be able to do it. . . In fact, often video conferencing and video education are adding to the opportunities people in rural areas have. At some point we may even have that in the home, I suppose, so people can take part in education programs from that kind of setting.

On your comments about part-time and full-time work, there is certainly a growth in the opportunities to work part time, through job-sharing opportunities and that kind of thing. But perhaps, like many professions, we have been a bit slow in embracing those situations as well, because it is administratively difficult, or at times appears to be. But I think that is changing and more and more administrators and managers of physiotherapy services are looking at those kinds of options and trying to find ways to involve those individuals who maybe have only a few hours to give to delivering physiotherapy services.

Ms Black: You mentioned some concerns about physiotherapists not being sufficiently recognized as an insurable health service. I think all of us here are concerned about a checker-board health system with all the services that Canadians need in health not being universally acceptable or available.

You spoke of the need to make better use of financial resources that are already allocated to health care services. I wonder how you see your suggestion about deploying physiotherapists. Can you expand on how you believe that will save health dollars? I wonder if it is mainly through health promotion or alternative ways of providing physiotherapy.

[Translation]

Je me demande aussi quelle est la part du temps partiel dans la profession.

Mme Myers: En ce qui a trait au rapport hommes-femmes, environ 90 p. 100 des membres de la profession sont des femmes et 10 p. 100 des hommes. C'est d'ailleurs une nette progression par rapport à la situation qui régnait probablement il y a cinq ou dix ans.

Mme Black: Une progression du nombre de femmes ou du nombre d'hommes?

Mme Myers: Du nombre d'hommes. Avant, je dirais que c'était bien plus proche de 100 p. 100.

Pour en venir à ce que l'on pourrait faire pour aider les femmes à réintégrer la population active, il est possible que nous n'ayons pas structuré la formation permanente d'une façon qui aide suffisamment ces personnes et qu'on puisse le faire à l'avenir. Nombre de ces personnes habitent de petites localités et il est donc difficile de concevoir des programmes de formation permanente qui puissent être adaptés à ces petites localités ou de disposer de mécanismes permettant éventuellement de rassembler ces personnes au sein de plus grandes localités lorsqu'elles ont des responsabilités familiales ou diverses obligations de ce type.

C'est là peut-être que peut intervenir la technologie, car il est possible que nous y parvenions. . . En fait, bien souvent les conférences vidéo et les cours de formation vidéo ouvrent le champ des possibilités qui s'offrent aux habitants des régions rurales. J'imagine qu'à un moment donné nous pourrions même en arriver à dispenser ces cours dans les foyers.

Pour ce qui est de vos observations sur le travail à temps partiel et le travail à plein temps, il y a sans aucun doute davantage de possibilités de travailler à temps partiel, par exemple dans le cadre du partage des emplois. Il est possible, toutefois, que comme nombre d'autres professions, nous ayons réagi un peu lentement dans ce domaine, parce que c'est difficile sur le plan administratif ou parce que ça semble l'être à l'occasion. Je pense néanmoins qu'il y a une évolution et que de plus en plus, les administrateurs et les directeurs de services de physiothérapie étudient ce genre d'option et s'efforcent de trouver des moyens d'intégrer aux services de physiothérapie des personnes qui n'ont éventuellement que quelques heures à y consacrer.

Mme Black: Vous vous êtes inquiétée de l'éventualité que le caractère assurable des services de physiothérapie ne soit pas suffisamment reconnu. Je pense que nous sommes tous préoccupés ici par la possibilité de voir se transformer notre système de santé en une mosaïque, tous les services dont les Canadiens ont besoin en matière de santé n'étant pas universellement acceptés ni universellement disponibles.

Vous nous avez parlé de la nécessité de faire un meilleur usage des ressources financières qui sont d'ores et déjà affectées aux services de santé. Je me demande comment vous envisagez votre projet de déploiement des physiothérapeutes. Pouvez-vous nous expliquer comment à votre avis cette solution nous permettrait d'économiser de l'argent dans le secteur de la santé? Est-ce avant tout en faisant la promotion de la santé ou grâce à d'autres façons de dispenser des services de physiothérapie?

[Texte]

Ms Myers: Education and health promotion are certainly a big part of it, and certainly the earlier you treat somebody, whether it is a chronic condition or an acute condition before it becomes chronic, the less likelihood there is that you will be treating somebody for years and years to come. If you can catch them early and educate them in both their disease process and how to accommodate work style and home style, and that kind of thing, to the condition, then that could contribute to a reduction in costs. However, it is very difficult to prove, that is for sure. Many people certainly wait; they come when there is a need as opposed to coming when the education and what not may be of most benefit.

Ms Plews: It is looking at access to the service, as well. In the system we are in, where there are lengthy waiting lists and so on, it is best to reinforce the fact that by the time we are getting to patients we are dealing in some ways with an acute injury that has gone to a chronic condition, and we are not able to get in and effect our treatments as quickly as we would like.

• 1030

Ms Black: Physiotherapists in private practice, does that vary from province to province; and does the insurability factor also vary from province to province?

Ms Plews: It certainly does. Each of the 10 provinces, being under its own provincial licensing requirements, has different access to those patients. In British Columbia they are entering a trial phase of direct access to physiotherapy. Also in Manitoba there is a somewhat step down to direct access. Quebec has just moved to direct access for physiotherapy within that province. In Ontario, in the move to the health professions legislation review, they are looking at another mandate as to how Ontarians will access allied health professionals.

Ms Myers: In terms of insured services, in Ontario some private practices are insured. There are others that are not. I believe it is based on when the practice was started. In Nova Scotia, private practice physiotherapy is not an insured service. So many of the patients who go to private practices there are financed through private insurance plans or workers' compensation. In Alberta I believe private practice is covered through the provincial plan. If you would like, I could provide you with more information in terms of where it is insured and where it is not.

Mr. Wilbee: Welcome.

How many training positions are there in Canada at the present time for physiotherapists? I think you said there were 13 schools. How many are we training?

Ms Plews: It is approximately 600 per year.

Mr. Wilbee: That would be 600 graduates.

Ms Plews: Yes.

[Traduction]

Mme Myers: L'éducation et la promotion de la santé jouent de toute évidence un grand rôle et il est certain que plus une personne est traitée tôt, qu'il s'agisse d'une maladie chronique ou d'une crise aiguë avant que l'état devienne chronique, moins vous risquez d'avoir à traiter cette personne pendant des années et des années à venir. Si vous les prenez tôt et si vous leur apprenez à suivre leur maladie, à adapter leur mode de vie au travail et chez elles, etc., à leur état, il se pourrait bien qu'il en résulte une diminution des coûts. Il n'en reste pas moins que tout cela est bien difficile à prouver. Ce qui est sûr, c'est que nombre de personnes attendent le dernier moment; elles ne viennent que quand il y a un besoin et non au moment où elles en tireraient le plus de bénéfices.

Mme Plews: Il faut considérer aussi la question de l'accessibilité du service. Dans notre système, où il y a de longues listes d'attente, etc., il faut bien voir qu'au moment où on voit les malades, on se retrouve d'une certaine manière face à une affection aiguë qui est devenue un état chronique, et on n'a pas la possibilité d'intervenir et de faire le traitement aussi rapidement qu'on le voudrait.

Mme Black: Les physiothérapeutes qui sont dans la pratique privée exercent-ils dans les mêmes conditions d'une province à l'autre et le facteur d'assurabilité varie-t-il, lui aussi, d'une province à l'autre?

Mme Plews: Bien évidemment. Chacune des dix provinces, les critères d'agrément étant provinciaux, offre des possibilités d'accès différentes aux malades. La Colombie-Britannique fait l'essai de l'accès direct à la physiothérapie. Le Manitoba s'engage lui aussi dans cette voie. Le Québec vient tout juste de prévoir l'accès direct à la physiothérapie. En Ontario, dans le cadre du réexamen de la législation sur les professions du secteur de la santé, on s'est donné un autre mandat, qui est de savoir de quelle façon les Ontariens pourront accéder aux professions paramédicales.

Mme Myers: Sur la question du caractère assurable des services, certains praticiens privés sont couverts en Ontario par le régime d'assurance. D'autres ne le sont pas. Il me semble que cela dépend du moment où le praticien a débuté. En Nouvelle-Écosse, les services de physiothérapie relevant de la pratique privée ne sont pas assurés. En conséquence, un grand nombre de patients qui s'adressent à des praticiens du secteur privé sont remboursés par des régimes d'assurance privés ou par le régime d'indemnisation des accidents du travail. En Alberta, il me semble que les praticiens du secteur privé sont couverts par le régime provincial. Si vous le voulez, je pourrais vous donner davantage de précisions sur les services assurés et sur ceux qui ne le sont pas.

M. Wilbee: Je vous souhaite la bienvenue.

Combien y a-t-il à l'heure actuelle de physiothérapeutes en formation au Canada? Vous avez dit, il me semble, qu'il y avait 13 écoles. Combien forment-elles de gens?

Mme Plews: Environ 600 par an.

M. Wilbee: C'est-à-dire 600 diplômés.

Mme Plews: Oui.

[Text]

Mr. Wilbee: Of the registered physiotherapists in Canada, how many would have come from outside of Canada? A few years ago most of the physiotherapists came from New Zealand or Australia or Britain. Now more and more of them have Canadian accents. What percentage of our active physiotherapists are coming from outside the country?

Ms Myers: The Canadian Physiotherapy Association has an examination process for physiotherapists educated outside Canada who wish to come in. About 180 per year take that examination. There are a number of provinces where it is not necessary to do that exam, so the numbers would be slightly higher. I would say it would be between 180 and 250.

Mr. Wilbee: If we are short of physiotherapists, is there any active recruitment by any of the provinces or any institutions?

Ms Plews: There certainly is. A lot of it is done by individual institutions. I know some department managers are going to Britain or to Australia to recruit. Although it is not a cohesive move at this point in time, we are looking at forms at our annual congress for job fairs, etc., to try to get a publication of positions available.

Ms Myers: In terms of international recruitment, there is a shortage worldwide, so there is always some degree of reluctance to take from one in order to increase your own group.

Mr. Wilbee: So we are probably losing some out the back door to the United States and—

Ms Myers: That is right.

Mr. Wilbee: Do you have any idea how many drop out of the profession? In nursing, for example, a very high percentage of the people who go through training, again for the multitude of reasons you alluded to, drop out. They may come back later, however. Do you have any idea how many of your people drop out for various reasons—job satisfaction, marriage, children?

Ms Myers: Not a very good idea, unfortunately. We are in the process of undertaking an attrition survey, looking at the number of people who do not re-register each year. We are going to be following that up with a questionnaire to find out some of the reasons why. So I hope that within the next year we can answer that question. But right now we cannot.

Mr. Wilbee: In your report you talked about support personnel, though I do not think you used that actual term. What type of a person do you see this as? In nursing there are nurses' aides and so on. Is this the same type of thing? If we are short of people, is there any way of fast-tracking? Do they all need five years of university in order to do what you do? Do you need a Masters' degree or whatever?

[Translation]

Mr. Wilbee: Parmi les physiothérapeutes agréés du Canada, combien y en a-t-il qui ont été formés à l'étranger? Il y a quelques années, la plupart des physiothérapeutes venaient de Nouvelle-Zélande, d'Australie ou de Grande-Bretagne. Aujourd'hui, ils sont de plus en plus nombreux à avoir un accent canadien. Quel est le pourcentage de vos physiothérapeutes en activité qui viennent de l'étranger?

Mme Myers: L'Association canadienne de physiothérapie fait passer un examen aux physiothérapeutes ayant reçu une formation à l'étranger qui désirent s'installer au Canada. Ils sont environ 180 par an à passer cet examen. Dans certaines provinces, il n'est pas nécessaire de le passer et, en conséquence, le chiffre doit être légèrement plus élevé. Je dirais qu'il se situe entre 180 et 250 personnes.

Mr. Wilbee: Puisque l'on manque de physiothérapeutes, est-ce que les provinces ou les établissements font activement du recrutement?

Mme Plews: Oui, bien sûr. Ce sont souvent les établissements qui s'en chargent eux-mêmes. Je connais des directeurs de département qui vont en Grande-Bretagne ou en Australie pour faire du recrutement. Même si notre démarche n'est pas encore coordonnée, nous envisageons diverses façons d'organiser des rencontres en matière d'embauche à l'occasion de notre congrès annuel, etc., de publier les postes à pourvoir.

Mme Myers: Il y a une pénurie à l'échelle internationale, et nous avons quelques hésitations à prélever de ce côté ce qui nous manque.

Mr. Wilbee: Il est probable, de toute façon, que nous en perdions une partie pour le plus grand profit des États-Unis et que...

Mme Myers: C'est bien vrai.

Mr. Wilbee: Avez-vous une idée du nombre de personnes qui quittent la profession? En sciences infirmières, par exemple, un pourcentage très élevé de personnes ayant reçu leur formation quittent ensuite la profession pour une foule de raisons que vous venez d'évoquer. Certaines reviennent ensuite, cependant. Avez-vous une idée du nombre de personnes qui quittent votre profession pour différentes raisons: satisfaction professionnelle, mariage, enfants?

Mme Myers: Une idée très vague, malheureusement. Nous sommes en train de réaliser une étude sur la réduction naturelle des effectifs, dans laquelle nous examinons le nombre de personnes qui ne se réinscrivent pas d'une année sur l'autre. Nous allons faire ensuite un suivi en leur envoyant un questionnaire pour leur en demander les raisons. J'espère donc que nous serons en mesure de répondre à cette question l'année prochaine. Pour l'instant, c'est impossible.

Mr. Wilbee: Dans votre rapport, vous nous avez parlé de personnel de soutien, même si je ne pense pas que vous ayez employé précisément cette expression. Quelles sont les personnes qui, selon vous, relèvent de cette catégorie? En sciences infirmières, il y a les aides-infirmières, etc. Est-ce la même chose pour vous? Si l'on manque de personnel, est-il possible de prendre certains raccourcis? Est-il besoin que tout le monde ait suivi cinq ans de cours à l'université pour faire ce que vous faites? A-t-on besoin d'une maîtrise ou de diplômes de ce type?

[Texte]

[Traduction]

• 1035

Ms Plews: Those boundaries are certainly being tested. Currently we are having to adapt quickly to their community college programs, which are in the process of formulating, in regard to generic support personnel and training people for use with other allied health professions along with physiotherapy. To this point in time most attendants or aides or support personnel—however the terminology is used—have been trained on the job. We have pulled from a pool of nursing assistants who have come into the physiotherapy departments to be utilized in this.

Again, it is looking at the basic needs of the profession, in those people. I agree; I see the move being to more formalized education of those individuals to be used within the departments themselves to facilitate the health care model that the physiotherapists provide in diversifying those tasks. They certainly do not need to be done at a Master's level of education.

Ms Myers: As health care changes and we move from an acute-care setting to community and long-term care, the kind of support person you need is quite different. We are really trying to take a close look at where health care is going, where physiotherapy is going, and what kind of support person we need. I certainly see us moving toward a formalized training program of some kind.

Mr. Pagtakhan: I would like to welcome you to our committee and to indicate to you that one of my associate critics, Ms Beth Phinney, would have liked to be here but is attending another meeting of her committee on the disabled. The questions I will pose to you reflect the distillation of two minds.

Your profession is contributing a lot to our health care system. In all modesty, I had the privilege of serving on the Curriculum Committee at the University of Manitoba. I have been involved with the accreditation program of the Canadian Medical Health Association for allied health disciplines. I cannot be more supportive of your discipline.

My first question relates to what Ms Black had earlier asked you about, the difficulty with recruitment, particularly between provinces. What is being done now insofar as portability of credentials is concerned? Is that a problem at all?

Ms Plews: Yes, it certainly is. It is a very current issue that the association is dealing with. The association represents the profession as a professional association.

There is also a national association of regulatory bodies, The Alliance. Currently it is in the process of developing a national examination for physiotherapy, a standard for entrance to practise. If it is incorporated through all provincial regulatory bodies, it would provide portability and reciprocity between the provinces for entry to practise within the provinces.

Mme Plews: Toutes ces lignes de démarcation sont bien évidemment en cours d'étude. À l'heure actuelle, il nous faut nous adapter rapidement aux programmes de cours qu'ont entrepris de formuler les collèges communautaires en ce qui a trait au personnel de soutien et à la formation des personnes appelées à travailler avec l'ensemble des professions paramédicales, et notamment avec les physiothérapeutes. Pour l'instant, la plupart des assistants, des aides ou des membres du personnel de soutien—quelle que soit l'appellation qu'on leur donne—ont été formés sur le tas. On les a prélevés dans le réservoir des aides-infirmières, qui ont été affectées en cette qualité aux services de physiothérapie.

Là encore, il faut tenir compte des besoins fondamentaux de la profession et des gens en cause. Je suis d'accord avec vous: je prévois que ces personnes recevront une formation plus spécialisée qui sera utilisée au sein même du service pour les besoins du modèle de soins de santé que dispense le physiothérapeute pour diversifier les tâches. Bien évidemment, on n'a pas besoin d'aller jusqu'au niveau d'une maîtrise.

Mme Myers: A mesure qu'évoluent les soins de santé et que l'on passe d'un établissement de soins d'urgence à des soins communautaires et à long terme, le personnel de soutien dont on a besoin devient tout à fait différent. Il nous faut en fait examiner de près l'évolution des soins de santé, l'évolution de la physiothérapie et le type de personnel de soutien dont on a besoin. Je suis certaine que l'on s'en va vers un certain type de formation spécialisée.

M. Pagtakhan: Je vous souhaite la bienvenue devant notre comité et je tiens à vous faire savoir que l'une de mes adjointes, M^{me} Beth Phinney, aurait bien aimé être présente, mais elle n'a pas pu venir parce qu'elle devait assister à une réunion de son comité sur les handicapés. Les questions que je vais vous poser seront donc le reflet des préoccupations de deux personnes.

Votre profession apporte beaucoup à notre système de santé. En toute modestie, je dois vous dire que j'ai eu le privilège de siéger au comité des programmes d'études de l'Université du Manitoba. J'ai participé à l'élaboration du programme d'agrément de disciplines paramédicales de l'Association canadienne de la santé. Je ne peux qu'appuyer l'action de votre discipline.

Ma première question se rattache à celle que vous a posée tout à l'heure M^{me} Black, à savoir la difficulté du recrutement, particulièrement d'une province à l'autre. Que fait-on à l'heure actuelle pour ce qui est des équivalences de licences professionnelles? Y a-t-il là un problème?

Mme Plews: Oui, à n'en pas douter. C'est une question très actuelle qu'a entrepris de régler l'association. L'association représente notre profession en tant qu'association professionnelle.

Il y a aussi une autre association nationale des instances réglementaires, l'Alliance. À l'heure actuelle, elle est en train d'élaborer un examen national destiné aux physiothérapeutes, une norme d'entrée dans la profession. Si cette norme est reprise par toutes les instances réglementaires provinciales, il y aura équivalence et réciprocité d'une province à l'autre en ce qui a trait à l'entrée dans la profession.

[Text]

You are quite correct that currently there is not reciprocity between the provinces for graduates from all Canadian schools being eligible to practise within the country. The Canadian Physiotherapy Association is working with The Alliance to establish a relationship. We feel that the development of professional standards is a continuum. It is not just an entrance to practise standards, it is looking at educational standards as well.

One mandate is to serve the public, and the other is to maintain the excellence of the profession.

Mr. Pagtakhan: I would hope that as you develop these licensing regulations for your discipline one of the things looked into would be the question of legal responsibility and obligation, particularly as they relate to your discipline requesting direct access to patients to make the initial assessment of diagnosis, if you may.

Is that now being addressed by your society so that there will be a redistribution or reallocation of responsibilities and privileges?

Ms Myers: It certainly is. At the present time the association is entering a period of reviewing the core curriculum for education programs across the country. That kind of issue certainly will be addressed. It is being addressed by regulatory boards and by the association as they look at legislation and any changes in the future.

• 1040

Mr. Pagtakhan: Being a Manitoban, I have a particular bias. You indicated that in the Manitoba model physiotherapists work in consultation with the physicians, which of course would mean that the physicians get their consultation fees—which generally are higher during the first visit, at least threefold higher. Is that a good model or can it be improved upon?

Ms Myers: Oh, oh! It sounds like a black hole to me.

Mr. Pagtakhan: Be objective. I am objective.

Ms Myers: I think the important word in the Manitoba model is sort of working in communication with—

Mr. Pagtakhan: Communication or consultation with?

Ms Myers: Consultation with.

Mr. Pagtakhan: It is maybe the same.

Ms Plews: It was my understanding it was in communication with. That is my interpretation.

If consultation in Manitoba means this business about fees, then I am certainly unaware of it. What is important to us is that communication is essential in health care. In any model it is essential, and particularly essential when you have clients or patients entering through different access points.

[Translation]

Vous avez tout à fait raison de dire qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas de réciprocité entre les provinces pour les diplômés de l'ensemble des écoles professionnelles du pays. L'Association canadienne de physiothérapie oeuvre, en collaboration avec l'Alliance, à la création d'un lien de réciprocité. Nous sommes convaincus que l'élaboration de normes professionnelles est un tout. Il ne s'agit pas simplement d'établir des critères d'entrée et de pratique, il faut aussi fixer des normes en matière d'enseignement.

Une partie de notre mandat est de servir le public et une autre consiste à garantir la qualité au sein de notre profession.

M. Pagtakhan: J'espère que lorsque vous élaborerez la réglementation concernant l'agrément au sein de votre discipline, vous vous pencherez entre autres sur la question des responsabilités et des obligations juridiques, notamment en ce qui a trait à l'exigence, pour votre discipline, de pouvoir accéder directement aux patients pour faire le premier diagnostic.

Cette question est-elle abordée dès maintenant par votre association afin qu'il y ait une redistribution ou une réaffectation des responsabilités et des droits?

Mme Myers: Sans aucun doute. A l'heure actuelle, l'association s'attache à réexaminer la partie essentielle des programmes d'enseignement dispensés dans tout le pays. Ce type de question sera certainement abordée. Elle est examinée à l'heure actuelle par les organes de réglementation et par l'association en prévision des modifications qui devront être apportées à la législation.

M. Pagtakhan: En tant que Manitobain, j'ai une perspective particulière. Vous avez dit qu'au Manitoba, les physiothérapeutes travaillaient de pair avec les médecins, ce qui signifie bien sûr que les médecins touchent des honoraires pour la consultation, honoraires qui sont en général trois fois plus élevés pour la première visite. Est-ce là un beau modèle, ou pourrait-on y apporter des améliorations?

Mme Myers: Oh, oh! Ce modèle ressemble à un gouffre.

M. Pagtakhan: Essayez, comme moi, de faire preuve d'objectivité.

Mme Myers: La communication est l'aspect important du modèle manitobain, je pense.

M. Pagtakhan: La communication ou la consultation?

Mme Myers: La consultation.

M. Pagtakhan: Peut-être est-ce la même chose, essentiellement.

Mme Plews: J'avais cru comprendre qu'il s'agissait d'un processus de communication. C'était mon interprétation du moins.

Si l'on verse des honoraires en vertu de ce processus de consultation qui a cours au Manitoba, je l'ignore totalement. En revanche, il est manifeste que la communication est essentielle aux bons soins de santé. La communication demeurera essentielle, quel que soit le modèle retenu, et elle est particulièrement importante dans un système où les patients empruntent divers points d'accès.

[Texte]

Mr. Pagtakhan: Pursuing the situation with fee-for-service and assured services, did I hear it correctly from your presentation and through the brief that you are indicating an amendment to the Canada Health Act along this line, to provide a legislative mandate of direct access, for example, and delineation of what other services could be insured other than just in-patient services? Are those in the making?

Ms Myers: I think we are supportive of or encouraging moves in that direction, that physiotherapy services be included as an insured service, or that provinces look at that and consider it important to have those as insured services.

Mr. Pagtakhan: Including those that are provided in an out-patient setting?

Ms Myers: That is right.

Mr. Pagtakhan: Which again I would welcome.

In terms of applied research on health care delivery, with the end in view of ascertaining the factors that could contribute to diminishing the rate of attrition from your active work force, has there been any study of this type? Has there been application made to the appropriate government agency? What has the success rate of this application been in terms of getting funding?

Ms Myers: Looking at attrition?

Mr. Pagtakhan: Yes.

Ms Myers: At the present time we are working with regulatory boards on a project that is funded with some assistance through Employment and Immigration Canada, looking at the future delivery of physiotherapy services. That project involves many sub-projects—one on attrition, how much attrition is there from the profession, and what are the causes.

We are also looking at the future delivery of physiotherapy services. Where do we feel the priority needs are going to be? Where does the system feel the priority needs are going to be for physiotherapists, and how are we going to change education and our structures in order to meet those needs?

We are also looking at the role of support personnel in the delivery of physiotherapy services, all under this broad project funded through Employment and Immigration. That is where we are at this point. In terms of addressing the specific reasons for attrition, I guess that is the next step.

Mr. Pagtakhan: When do you envision this study will be completed?

Ms Myers: The attrition survey itself is going to be started within the next few months, so we should have some information by the spring. That would just be one year's information. That is the kind of thing we hope we will carry on, but that will certainly give us some preliminary data.

[Traduction]

M. Pagtakhan: Au sujet des honoraires versés pour les services et des services assurés, si j'ai bien compris votre exposé, vous proposez un amendement à la Loi canadienne sur la santé en vertu duquel les patients pourraient avoir accès directement à ces services ainsi qu'à d'autres services qui seraient assurés et qui seraient accessibles aux patients autres que les malades hospitalisés? Préparez-vous des amendements de ce genre?

Mme Myers: Nous appuyons certainement tout mouvement en ce sens, c'est-à-dire que les services de physiothérapie soient inclus dans la liste des services garantis par l'assurance-maladie ou que les provinces envisagent à tout le moins de tels changements et manifestent ainsi l'importance qu'elles accordent à ces services.

M. Pagtakhan: Y compris les services de physiothérapie qui sont dispensés aux patients vus en consultation externe?

Mme Myers: C'est exact.

M. Pagtakhan: Je serais tout à fait favorable à ce changement.

Croyez-vous qu'il se fasse de la recherche appliquée sur la prestation des soins de santé, recherche dont le but serait de trouver des moyens de réduire le taux de roulement élevé que l'on constate au sein de votre profession? A-t-on effectué des études de ce type? A-t-on fait une demande de financement à l'instance gouvernementale appropriée? A-t-on réussi à obtenir du financement?

Mme Myers: Des études qui chercheraient à expliquer pourquoi les physiothérapeutes quittent la profession en si grand nombre?

M. Pagtakhan: C'est cela.

Mme Myers: A l'heure actuelle, nous travaillons, de concert avec des agences de réglementation, à un projet qui est financé en partie par le ministère de l'Emploi et de l'Immigration, et qui porte sur la prestation des services de physiothérapie à l'avenir. Il y a plusieurs projets secondaires dans le cadre de ce projet principal, dont l'un sur le nombre de gens qui quittent la profession et les causes de ces départs.

Nous nous penchons aussi sur la forme que devrait prendre la prestation des services de physiothérapie à l'avenir. Quels seront les besoins prioritaires? Qu'attendra le système de soins de santé des physiothérapeutes à l'avenir, et comment devons-nous modifier la formation et les autres structures afin de répondre à ces besoins?

Nous étudions aussi le rôle du personnel de soutien dans la prestation des services de physiothérapie, tout cela dans le cadre de ce vaste projet de recherche financé par le ministère de l'Emploi et de l'Immigration. Voilà où nous en sommes à l'heure actuelle; nous pourrions sans doute, dans une prochaine étape, essayer d'expliquer les départs des physiothérapeutes du milieu professionnel.

M. Pagtakhan: Quand cette étude sera-t-elle terminée?

Mme Myers: L'étude sur les départs devrait être lancée d'ici quelques mois, et nous devrions donc avoir en main quelques résultats au printemps. Ces résultats, toutefois, ne porteraient que sur une période d'un an. Nous espérons pouvoir poursuivre cette étude, mais cette première étape nous permettra certainement de recueillir certaines données préliminaires.

[Text]

Mr. Pagtakhan: Perhaps could also provide a rational basis for looking at the concern you raised respecting retraining programs.

Ms Myers: Yes.

Mr. Pagtakhan: From your perspective, what would be the length of program that would ensure that retraining would be sufficient enough for those who would like to re-enter the program, those women in particular who, because of their other commitments in the past, had been out of the working force for some time? Again on a personal basis, it happened to my wife. She is a dietitian, but she could not find a retraining program. She is now employed, fortunately.

Ms Plews: I think that is very difficult to say. If an individual is coming back into a general practice, or if people have been specialists and have gotten out and are coming back into, say, the field of pediatrics, right now on a sort of informal basis the institution I work at takes people in for replacements if they can work within the hospital. These individuals spend a 12-week period rotating through the different levels of service within the institution, again with regard to upgrading their levels of knowledge regarding the types of patients being seen. It is not formally evaluated at this point, and that is the deficit within the system. That is all well and good, where there are large teaching hospitals with the facilities and the knowledge and the people to do that.

• 1045

As we get into the rural areas where there is more of a paucity of therapists, it becomes even more difficult to do that kind of re-entry. Perhaps centrally co-ordinated programs could be offered on a two-or three-month basis. Individuals would come in and attend, and then be able to go back into their under-served areas.

Mr. Pagtakhan: My last question, Mr. Chairman, relates to the group who are "differently abled"—that is a new phrase I encountered on the weekend. How many of them are in your profession, for my interest? I know of one at least, who occupies a high position at the University of Manitoba. How many do you know who are differently abled and yet are in your profession?

Ms Plews: Certainly the one group I would identify are the visually impaired. They are therapists who have been trained in Britain, have been allowed to come into Canada, and have been licensed to practise.

The percentage of those individuals who are practising is—

Ms Myers: Very small.

Mr. Pagtakhan: Still very small?

[Translation]

M. Pagtakhan: Vous avez exprimé certaines préoccupations quant à la formation professionnelle; ces données vous seraient peut-être aussi utiles à ce titre.

Mme Myers: Oui.

M. Pagtakhan: Que devrait être à votre avis la durée appropriée d'un programme de rattrapage à l'intention de ceux qui ont quitté la profession et qui aimeraient y revenir, comme par exemple certaines femmes qui se sont consacrées à d'autres obligations pendant un certain temps? C'est une situation qui m'a touché de près, comme c'est arrivé à ma femme. Elle est diététicienne, mais elle n'arrivait pas à trouver un programme de rattrapage convenable. Heureusement, elle a réussi à se trouver un emploi néanmoins.

Mme Plews: C'est très difficile à dire. Pour des médecins de famille ou des spécialistes qui ont quitté la profession pendant un certain temps et reviennent, par exemple, à la pédiatrie, l'établissement pour lequel je travaille a mis en place un genre de système officieux qui permet à ces professionnels de se remettre en situation progressivement en faisant du remplacement. Pendant une période de douze semaines, ces personnes effectuent un roulement dans les divers services, passant progressivement des services les moins exigeants aux soins plus intensifs, ce qui leur permet de remettre à jour leurs connaissances en situation réelle, au contact de patients plus ou moins gravement malades. Nous n'avons pas à l'heure actuelle de méthodes formelles d'évaluation, et c'est le point faible du système. Bien sûr, ce type de programme de réinsertion professionnelle est facile à mettre au point dans un grand centre hospitalier universitaire qui dispose du personnel et des installations voulus.

Toutefois, dans les régions rurales où une pénurie de thérapeutes se fait sentir, ce type de réinsertion est plus difficile à effectuer. Peut-être pourrait-on offrir des programmes coordonnés dans les grands centres d'une durée de deux ou trois mois. Les personnes qui reviennent sur le marché du travail pourraient s'y rendre pour faire leur stage de rattrapage, pour ensuite rentrer dans les régions qui souffrent d'une pénurie de services.

M. Pagtakhan: Ma dernière question, monsieur le président, portera sur les handicapés, ou plutôt, selon une expression que j'ai rencontrée pour la première fois ce week-end, sur le groupe de ceux qui jouissent de «compétences parallèles». Il y en a combien au sein de votre profession, pour ma gouverne? Je sais qu'il y en a au moins un, qui occupe un poste assez élevé à l'Université du Manitoba. Combien de ces personnes jouissant de «compétences parallèles» exercent votre profession?

Mme Plews: Eh bien, il y a certainement des physiothérapeutes qui sont handicapés, en ce sens qu'ils souffrent de troubles de la vue. Il s'agit de thérapeutes qui ont reçu leur formation en Grande-Bretagne, à qui on a permis d'émigrer au Canada, et qui se sont fait accréditer ici.

Ils représentent environ. . .

Mme Myers: Un très petit pourcentage du total.

M. Pagtakhan: Très petit?

[Texte]

Ms Plews: Minimal.

Mr. Pagtakhan: Is greater encouragement being given to that?

Ms Plews: Certainly through the University of Manitoba, in their attempts to develop programs specifically to the visually impaired.

Ms Myers: However, the University of Manitoba program for the visually impaired, I understand, is having financial difficulties and they are not sure they are going to be able to carry on that program. It will be too bad.

Mr. Pagtakhan: And your association will be greatly concerned if it should happen?

Ms Myers: Yes.

Mr. Cole (York—Simcoe): I would like to ask you questions regarding the shortfall of physiotherapists. I believe the number is 700, or in that area. Is the shortfall—in your opinion, and in the assessments you have done—because we are not training a sufficient number of physiotherapists to make up for those who are dropping out for various reasons, or is it the workload on the physiotherapist? Is it increasing substantially? Are physiotherapists seeing more people or having to do more work or whatever, and as a result not seeing as many as they used to, so the demands now per thousand are different from what they used to be?

Ms Plews: I do not think it is related to workload numbers. A lot of it could be attributed to the calibre of the individual coming into physiotherapy programs and the high academic standing required to get into them, into the profession, and the profession not having the flexibility to allow them the scope to be satisfied within their profession. Some therapists are using it as a stepping-stone to other careers as they get in and find they are not satisfied with the work force itself.

Ms Myers: So that is why they would leave in particular. In terms of the reasons for the shortfall, the number of applicants per program is incredible. I think I have heard one university say that for every position to which they admit someone there are 10 others applying, and many of them are qualified candidates.

The demands for physiotherapists have increased, and the areas where physiotherapists work and provide services have increased, so that has contributed to the demand for more therapists and then points to the shortfall. In terms of the amount of work done per therapist, that has not changed dramatically.

Mr. Cole: Is the shortfall of 700 similar to what it was 5 or 10 years ago, or was there a greater shortfall 5 or 10 years ago?

Ms Myers: Again, just to reiterate, that shortfall is sort of a projection as opposed to a real one.

[Traduction]

Mme Plews: Minimale.

M. Pagtakhan: Est-ce que l'on encourage ce genre de choses?

Mme Plews: Cela se fait certainement à l'Université du Manitoba, qui tente de mettre au point des programmes conçus spécifiquement pour les personnes souffrant de troubles de la vue.

Mme Myers: Il semble toutefois que ce programme de l'Université du Manitoba, spécialement conçu pour les personnes souffrant de troubles de la vue, éprouve certaines difficultés financières à l'heure actuelle, de sorte que son avenir est en jeu. Ce serait malheureux s'il devait disparaître.

M. Pagtakhan: Et votre association serait très perturbée par sa disparition?

Mme Myers: Oui.

M. Cole (York—Simcoe): J'aimerais vous poser une question au sujet de la pénurie de physiothérapeutes. On estime qu'il en manque environ 700, ou à peu près. À votre avis, et d'après votre expérience en la matière, cette pénurie est-elle due au fait que nous formons un nombre insuffisant de physiothérapeutes pour remplacer ceux qui quittent la profession pour diverses raisons, ou cette pénurie serait-elle due à la charge de travail des thérapeutes? Cette charge de travail augmente-t-elle considérablement? Les physiothérapeutes voient-ils plus de patients de nos jours, ou dispensent-ils plus de traitements aux patients qu'ils voient, ce qui signifierait qu'ils en verraient moins, que la demande de services de physiothérapie par mille habitants aurait augmenté?

Mme Plews: Je ne pense pas que ce soit lié à la charge de travail. Je pense qu'on pourrait attribuer cette pénurie à la disparité qui existe entre la satisfaction au travail, d'une part, et le très haut calibre des candidats qui sont attirés par la profession et qui doivent d'ailleurs avoir d'excellents résultats avant de pouvoir être acceptés dans un programme, d'autre part. Conséquemment, certains thérapeutes utilisent leur diplôme comme point de départ pour avoir accès à d'autres carrières quand ils constatent que le travail en situation réelle ne les satisfait pas.

Mme Myers: Voilà donc l'une des raisons qui expliquent leur départ. Quant à la pénurie, il est sûr que le nombre de candidats dépasse, et de loin, le nombre de places dans les établissements de formation. Dans une université, ai-je entendu dire, ils reçoivent 10 demandes pour chaque candidat qu'ils acceptent, et parmi ces candidats, beaucoup ont d'excellentes qualifications.

La demande de physiothérapeutes a augmenté et, d'autre part, ils travaillent et offrent leurs services dans un plus grand nombre d'endroits qu'autrefois, ce qui a augmenté la demande de services, et ce qui, d'ailleurs, souligne leur insuffisance. Mais la quantité de travail effectué par chaque thérapeute n'a pas augmenté de façon dramatique.

M. Cole: On estime qu'il manque environ 700 thérapeutes pour satisfaire à la demande actuelle; est-ce qu'il en manquait encore plus il y a cinq ou 10 ans, ou la situation était-elle à peu près la même?

Mme Myers: Encore une fois, permettez-moi de répéter que ce chiffre est une estimation.

[Text]

Mr. Cole: I understand that.

Ms Myers: I am not sure of the exact number from a number of years ago, but I would say that proportionally it is about the same.

Mr. Cole: So you are not catching up, but you are not really losing on it. It is staying relatively the same. Is that a fair statement?

• 1050

Ms Myers: We could well be at a critical point. Because of the changes in service and in demographics and in where physiotherapists practise and in the kinds of services they provide, that demand could increase.

Mr. Cole: You have been involved in, and I think are promoting, the community aspect of health care in the community health centres and service organizations as opposed to the institutional centres. Would that be a fair statement and would you agree with that?

Do you find that it is more cost effective and more personal? Is it providing a better service to the patient by doing it that way?

Ms Plews: I certainly think it is bridging the gap between the patient and his interests and his lifestyle in taking the service to that individual and making it more meaningful and keeping that individual as independent as possible and functioning within his own realm, and in that regard certainly I see it as more satisfying for both the therapist and the client.

Mr. Cole: When you are dealing with work in the community, is that more private sector funded than government funded? Is that where the private insurance companies come in, and even personal dollars or whatever, for the services? Is that basically how that works?

Ms Myers: Yes. Definitely.

Mr. Cole: Then is the fact that the private sector is funding it and the fact that it is a better service really what you are coming to? But you still want to say that the government or the public sector should fund it. I am having some confusion here, because I am hearing you say that government should be funding it at the community level but when government funds it at the institutional level it is not as efficient and it is not as productive. When it is done in the private sector, it seems to be more efficient and more productive.

Ms Plews: There are different venues for funding, and I think the funding from the government's perspective in the community is broader based for the community services that are in place, such as the home care program in its catchment,

[Translation]

M. Cole: Je comprends cela.

Mme Myers: Je ne sais pas quel aurait été le chiffre exact il y a un certain nombre d'années, mais j'imagine que, toute proportion gardée, la situation reste à peu près inchangée.

M. Cole: Donc, bien que vous n'arriviez pas à boucler la boucle, vous ne perdez pas de terrain non plus. L'écart entre l'offre et la demande reste à peu près le même, n'est-ce pas?

Mme Myers: Il se pourrait bien que nous soyons arrivés à un tournant critique. En raison notamment de l'évolution de la composition de la population et du financement des services de santé, et aussi parce que les physiothérapeutes exercent maintenant dans différents endroits, et que les services qu'ils offrent ont changé, il se peut que la demande augmente.

M. Cole: Vous êtes de celles qui estiment qu'il est nécessaire d'améliorer les services de santé communautaires qui sont prodigués par les organismes et centres de santé communautaires—et vous avez d'ailleurs travaillé dans ce milieu—plutôt que de mettre davantage l'accent sur les services dispensés en institution. Êtes-vous d'accord avec ce que je viens de dire?

Pensez-vous que ce genre de soins soient plus personnels et présentent un meilleur rapport coût/avantage? Les patients ne seraient-ils pas mieux servis de cette façon?

Mme Plews: Certainement, je pense qu'il est préférable que les patients soient traités dans leur milieu, ce qui perturbe moins leur style de vie et leurs activités, leur permet de maintenir leur autonomie et de vaquer à leurs activités coutumières, et en ce sens, ce type de traitement m'apparaît certainement plus satisfaisant et pour le thérapeute et pour le client.

M. Cole: Ce travail en milieu communautaire tire-t-il une plus grande partie de son financement du secteur privé que du secteur public? Est-ce dans ce milieu que le coût des services est assumé par les compagnies d'assurance, ou même par les particuliers en cause? Ai-je brossé un tableau juste de la situation?

Mme Myers: Oui, c'est tout à fait cela.

M. Cole: Alors, la suite logique de votre argument serait-elle que ces services financés par le secteur privé sont d'une plus grande qualité? Pourtant, vous allez sans doute continuer de prétendre que le gouvernement ou le secteur public devrait continuer d'en assumer la charge. Permettez-moi d'exprimer un certain étonnement, car d'une part vous dites que le gouvernement devrait financer ces services en milieu communautaire, mais vous admettez d'autre part que la prestation des services dispensés en institution n'est ni aussi efficace ni aussi productive que ce premier type de service. Quand le secteur privé s'en charge, il semble que les choses deviennent plus efficaces et plus productives.

Mme Plews: Les services financés par le secteur public sont dispensés dans des milieux divers et rejoignent un plus grand nombre de types de patients—que ce soit dans les centres communautaires, ou par le biais des programmes de

[Texte]

or the patients they are treating in that regard, versus just an active physiotherapy clinic in the private practice. So it is not just one or the other, but there is room for both. My interpretation of government funding would be the expansion of services already in place in the community.

Mr. Cole: In your experience, which do you find more efficient?

Ms Myers: Private or public?

Mr. Cole: Yes.

Ms Myers: They are totally different, and many private practices survive through private funding, the insurance companies or whatever. However, they would like to provide services to others in the community who are perhaps on waiting lists for health facilities where the service is provided at no cost to them and perhaps they do not have this private insurance coverage.

Mr. Cole: No direct cost to them.

Ms Myers: No direct cost to them; that is right.

Some of the innovative activities at present in Ontario are being privately funded, whether it is through Workmen's Compensation or industry or whatever, and they operate fairly efficiently. But that is not to say that they could not if they were publicly funded as well and provided services to a broader base.

Mr. Cole: If there is more private involvement, is that not going to include more research and more direct involvement in the whole scope of things? I am hearing you saying that the private sector is doing it better. Now, maybe government operation has to be improved to catch up to the private sector. That is probably a very valid statement.

Ms Myers: Yes.

Mr. Cole: But it is interesting that on the one hand we are saying that there should be more government money or more government involvement and so on, yet on the other hand you have given the examples where the private sector does it better. It is interesting to see this mix. I would concur that there has to be some government involvement, but when you get into the whole health care field it seems to be one of providing more dollars for more generalities but fewer specifics. It really concerns me that we are going to be spending increasing amounts in this area but not in a constructive way, more one of maintaining and maintenance. I do not know if you have any comments on that one.

[Traduction]

soins à domicile—que les cabinets privés de physiothérapie. Je crois donc qu'il ne s'agit pas de choisir entre les deux types de financement, mais que les deux sont nécessaires. Selon ma perspective, les fonds qui proviennent du gouvernement devraient être utilisés pour élargir les services déjà en place dans la collectivité.

M. Cole: Mais, toujours selon votre perspective, laquelle des deux formules vous semble la plus efficace?

Mme Myers: Publique ou privée?

M. Cole: Oui.

Mme Myers: C'est-à-dire que les deux formules diffèrent du tout au tout, et la survie de nombreux cabinets privés dépend du financement du secteur privé, des fonds qui leur sont versés par les compagnies d'assurance, par exemple. Ces cabinets aimeraient toutefois pouvoir dispenser des services à d'autres membres de la collectivité qui ne sont pas protégés par ces régimes d'assurance privés et dont les noms figurent sur des listes d'attente et qui doivent attendre leur tour avant de pouvoir bénéficier de services qui ne leur coûtent rien et qui sont financés par le secteur public.

M. Cole: Les patients n'assument donc aucun frais directement.

Mme Myers: Ils n'assument aucun frais directement; c'est exact.

Certains systèmes novateurs de prestation de services en Ontario sont financés par le secteur privé, qu'ils soient dispensés par la Commission des accidents du travail ou par l'industrie, et ces projets semblent assez efficaces. Mais cela ne signifie pas qu'ils ne le seraient pas si leur financement provenait du gouvernement ou si leurs services étaient offerts à une gamme plus variée de clients.

M. Cole: Si l'on veut accroître la part du financement qui provient du secteur privé, ne doit-on pas aussi prévoir d'accroître sa participation à la recherche, et à tous les niveaux d'activité d'ailleurs? Si je vous comprends bien, vous dites que le secteur privé fait mieux les choses. Or, peut-être faut-il trouver le moyen de rendre les activités gouvernementales plus efficaces si nous voulons évaluer ce qui se fait en milieu privé. C'est sans doute le cas, n'est-ce pas?

Mme Myers: C'est exact.

M. Cole: C'est quand même intéressant de juxtaposer ce que vous dites: d'une part, vous prétendez qu'il faut accroître la participation et le financement publics, mais d'autre part, vous nous avez donné des exemples de la plus grande efficacité du secteur privé. C'est un mélange intéressant. Je suis d'accord pour dire que la participation du gouvernement est nécessaire dans une certaine mesure, mais le vaste domaine des soins de la santé peut devenir une sorte de gouffre, auquel on affecte des sommes toujours croissantes au nom de grands principes un peu flous, sans pour autant augmenter le volume de services bien concrets que nous offrons. Le fait que nous allons devoir dépenser des sommes croissantes dans ce domaine sans innover, simplement pour maintenir l'infrastructure, m'inquiète beaucoup. Vos commentaires sur cet aspect des choses m'intéresseraient, si jamais vous en avez.

[Text]

[Translation]

• 1055

Ms Myers: I think we have to look at priorities and identify them. There are not enough funds to go around in all areas, and perhaps some private funding in some areas is appropriate. We have to look at what the priorities are and where should the public funds be going.

Mr. Cole: In your private practices, some of them, I assume, would have a type of user fee, if you like, for lack of a better word. That is a terrible word to use. Is that a major hindrance? I do not know what the level is of the initial statement, but where private sector funding is providing, say, 90% of it and the individual is paying the first 10% or something like that, is that a major hindrance to your practitioners?

Ms Plews: It certainly has not been a practice taking place at this point in time, and to my knowledge there is not a user fee in place. I think in regard to access to all, it would be of concern to the professional association as to how that better services the public at large and their access to health care or to physiotherapy services. I would have concerns with that.

Ms Myers: I could try to get you some information on user fees and where they apply, in which provinces and to what extent.

Mrs. Clancy: Again, I would like to join with my colleagues in welcoming you here. I just want to continue a little bit on the question of "the private sector doing it better". First of all, the incidence of private sector practitioners is fairly small, is it not? In my city of Halifax there may well be some, but I cannot think of any.

Ms Plews: I think geographically it is very different across the country.

Mrs. Clancy: And it would in all likelihood probably be concentrated in the province of Ontario, probably southern Ontario.

Ms Plews: There is a lot of private practice in Alberta and Manitoba as well—

Ms Myers: British Columbia.

Ms Plews: —and B.C.

Mrs. Clancy: "Have" provinces, in other words.

Ms Myers: There are more and more in places like Nova Scotia as well, and I can directly—

Mrs. Clancy: Again in Halifax—I am sort of going up hill and down dale trying to think—I can not think of one—

Ms Myers: I will give you a few names later.

Mrs. Clancy: I will talk to you.

You are the first health care professional group that has been here in which one of the two witnesses was not from Nova Scotia, but that is okay, I do not hold that against you. You are?

Mme Myers: Je pense qu'il faut tenter d'identifier nos priorités. Les fonds sont insuffisants pour renflouer tous les domaines, et peut-être que le financement privé est approprié dans certains domaines. Il faut donc se mettre d'accord sur les priorités, et sur l'utilisation que l'on doit faire des deniers publics.

M. Cole: Je suppose que dans certains cas, vos cabinets privés imposent certains frais aux usagers, si on veut, pour utiliser une expression qui me vient, faute de mieux. C'est une expression qui ne convient vraiment pas. Est-ce un empêchement majeur? Je ne sais quelle serait la répartition au juste, mais si le financement du secteur privé s'établissait à environ 90 p. 100 et si le patient versait les autres 10 p. 100, ou à peu près, est-ce que cela susciterait une vive opposition de la part de votre groupe de praticiens?

Mme Plews: Que je sache, personne n'a en place à l'heure actuelle de politique de tarification des services comme celle que vous décrivez. Je crois que notre association professionnelle s'inquiéterait de l'effet qu'une telle pratique pourrait avoir sur l'universalité des services, sur l'accès aux soins de santé ou à la physiothérapie pour le grand public. Je crois pour ma part que les répercussions pourraient être négatives à ce titre.

Mme Myers: Je pourrais tenter de vous obtenir de l'information sur la tarification des services, dans quelles provinces elle se pratique et dans quelle mesure.

Mme Clancy: J'aimerais m'associer à mes collègues pour vous souhaiter la bienvenue. Je voudrais approfondir avec vous «l'efficacité du secteur privé», réputée supérieure. Premièrement, il y a très peu de physiothérapeutes dans la pratique privée, n'est-ce pas? Peut-être y en a-t-il dans ma ville, Halifax, mais il n'y en a pas qui me viennent à l'esprit.

Mme Plews: Je crois que la situation varie énormément d'une région à l'autre du pays.

Mme Clancy: Oui, et il est probable que l'on trouve une concentration de physiothérapeutes en Ontario, dans le sud de l'Ontario.

Mme Plews: Il se fait beaucoup de pratique privée en Alberta et au Manitoba aussi. . .

Mme Myers: En Colombie-Britannique.

Mme Plews: . . . ainsi qu'en Colombie-Britannique.

Mme Clancy: Les provinces «nantes», en d'autres termes.

Mme Myers: Il y en a de plus en plus dans des endroits comme la Nouvelle-Écosse aussi, et je peux vous dire personnellement. . .

Mme Clancy: J'en reviens à Halifax. . . J'essaie de me remémorer tous ceux que je connais, dans tous les azimuts. . . Je ne me souviens d'aucun. . .

Mme Myers: Je vous fournirai quelques noms plus tard.

Mme Clancy: C'est bien, j'aimerais vous parler.

Vous êtes le premier groupe de professionnels de la santé qui comparaisse sans que l'un des deux témoins soit originaire de la Nouvelle-Écosse, mais je ne vous en tiendrai pas rigueur. Vous dites que vous l'êtes, au contraire?

[Texte]

Ms Myers: That is my home, yes.

Mrs. Clancy: Would I be incorrect in drawing from your testimony this morning that you are not necessarily saying that the private sector does it better? You are merely saying that for the delivery of service at this point it may be that the private sector does it better because it is not so crowded, because many people who have do not have insurance plans cannot afford it.

Ms Plews: That is right, yes.

Mrs. Clancy: What is happening is that for those people who need physiotherapy, who must get it, say, for example, through the physio clinic at the Victoria General Hospital, there are waiting lists, because you have talked about the shortfall in your profession. So we are not really talking about a philosophical difference here. We are talking about an actual difference because of cost.

Ms Myers: That is right.

Mrs. Clancy: Good. I am glad we settled that one.

The second question is with regard to the diminished number of women in the profession, which leads me into a very self-evident question: what are the reasons? You talked about the attrition studies, etc. Do you have any reason to speculate that women are leaving your profession for any reason significantly different from those where women are leaving other professions where the continuing education factor is again at a difficult level, at a low access level?

Ms Myers: I would think that it would be similar. It would probably be similar to nursing, for example.

Mrs. Clancy: Except that I think nurses might have better access to continuing education, depending again on geography.

Ms Myers: That is right.

Mrs. Clancy: We are talking child care. We are talking elderly care. We are talking domestic duties in general. We are running the gamut of all of those things that face women in the work force, from domestic duties to sexual harassment, depending on the particular situation. So you are not suggesting that there is anything particularly unique in that sense about the attrition rate among physiotherapists.

Ms Plews: No.

Ms Myers: Not at this point.

[Traduction]

Mme Myers: Je suis originaire de là, oui.

Mme Clancy: Aurais-je tort de conclure de votre témoignage de ce matin que vous ne prétendez pas nécessairement que le secteur privé soit plus efficace? Vous dites simplement que la prestation des services est peut-être meilleure dans le secteur privé à l'heure actuelle parce que le système y est moins encombré, car de nombreuses personnes qui ne bénéficient pas de régimes d'assurance n'ont pas les moyens d'y avoir recours.

Mme Plews: C'est exact, oui.

Mme Clancy: Alors, ceux qui ont besoin de physiothérapie et qui doivent l'obtenir à la clinique de physiothérapie de l'Hôpital général de Victoria, par exemple, se retrouvent sur des listes d'attente parce que, comme vous l'avez dit, il y a une pénurie de praticiens dans votre domaine. Il ne s'agit donc pas ici d'une différence purement théorique, mais d'une différence d'accès bien pratique, due aux moyens des personnes en cause.

Mme Myers: Vous avez raison.

Mme Clancy: Très bien. Je suis contente d'avoir tiré cela au clair avec vous.

Ma deuxième question porte sur le nombre réduit de femmes dans votre profession, fait qui me pousse à vous poser une question qui pourra paraître un peu évidente: qu'est-ce qui explique ce phénomène? Vous avez parlé d'études qui portent sur cette même question. Les femmes quittent votre profession; avez-vous des raisons de croire qu'elles le font pour des motifs différents de ceux qui expliquent le fait que les femmes quittent aussi d'autres professions où l'accès à l'éducation permanente ou aux cours de rattrapage est aussi très limité?

Mme Myers: J'imagine que les motifs sont semblables pour toutes ces professions. Le taux d'usure est probablement comparable à celui des infirmières, par exemple.

Mme Clancy: Sauf que les infirmières jouissent probablement d'un meilleur accès à l'éducation permanente, selon, encore une fois, la région où elles habitent.

Mme Myers: Vous avez raison.

Mme Clancy: Les femmes ont tellement d'autres tâches connexes: les soins à prodiguer aux enfants, aux parents âgés, les tâches domestiques en général. Peut-être est-ce l'effet cumulatif de tous ces empêchements auxquels sont confrontées les femmes qui font partie de la population active, empêchements qui peuvent aller des tâches domestiques au harcèlement sexuel, selon le cas. Outre ces raisons que j'ai citées, vous ne pensez donc pas qu'il y ait d'autres raisons particulières au milieu qui expliquent le fait que les physiothérapeutes quittent la profession.

Mme Plews: Non.

Mme Myers: Pas pour le moment.

• 1100

The Chairman: Ms Plews and Ms Myers, on behalf of the committee I extend to you our sincere thanks for appearing before us this morning. We appreciate the testimony you provided this morning as well as the material you sent to us earlier.

Le président: Madame Plews et Madame Myers, je désire vous remercier très sincèrement au nom des membres du comité d'avoir bien voulu comparaître devant nous ce matin. Nous vous savons gré de votre témoignage de ce matin ainsi que des documents que vous nous avez fait parvenir au préalable.

[Text]

Perhaps I could remind the committee that at 9.15 a.m. on Thursday we have Dr. Psutka from McMaster University. That means maybe we can start at 9.30 a.m.

Mrs. Clancy: Come on, I was here this morning.

The Chairman: Yes, I know you were.

I declare the meeting adjourned.

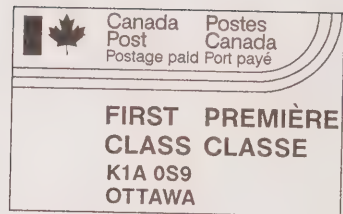
[Translation]

Puis-je rappeler aux membres du comité que nous entendons M. Psutka, de l'Université McMaster, à 9h15 jeudi. Cela signifie sans doute que nous pourrions commencer à 9h30.

Mme Clancy: Vous admettez quand même que j'étais ponctuelle ce matin.

Le président: Oui, j'en conviens.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 9:00 a.m.

From the Canadian Mental Health Association:

Mary D. Oordt, National President;
Craig Hurst, Member of the Board of Directors;
Edward J. Pennington, General Director;
Bonnie Pape, Director of Program.

At 10:00 a.m.

From the Canadian Physiotherapy Association:

Nancy Plews, President;
Brenda Myers, Executive Director.

TÉMOINS

À 9 h 00

De l'Association canadienne pour la santé mentale:

Mary D. Oordt, présidente nationale;
Craig Hurst, membre du Conseil;
Edward J. Pennington, directeur général;
Bonnie Pape, directrice du programme.

À 10 h 00

De l'Association canadienne de physiothérapie:

Nancy Plews, présidente;
Brenda Myers, directrice administrative.

HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 45

Fascicule n° 45

Thursday, November 8, 1990

Le jeudi 8 novembre 1990

Chairman: Bob Porter

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS
AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, NOVEMBER 8, 1990
(55)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:18 o'clock a.m. this day, in Room 269 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Acting Member present: Jim Karpoff for Joy Langan.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Joan Vance, Research Officer.

Witness: Dr. Dennis Psutka, Associate Professor, Department of Family Medicine, McMaster University.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Dennis Psutka made a statement and answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 8 NOVEMBRE 1990
(55)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 18, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Membre suppléant présent: Jim Karpoff remplace Joy Langan.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Joan Vance, attachée de recherche.

Témoin: Dennis Psutka, professeur adjoint, Département de médecine préventive, Université McMaster.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Dennis Psutka fait un exposé et répond aux questions.

À 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, November 8, 1990

• 0919

The Chairman: I call the meeting to order, please. We have a quorum pursuant to Standing Order 108.(2) and the Committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we are privileged to have with us Dr. Dennis Psutka, Associate Professor, Department of Family Medicine, McMaster University.

Doctor, we are most pleased that you were able to have the time to spend with the committee this morning. You are no doubt aware that we have been conducting hearings since early last spring and have heard from a broad cross-section of people interested in health care in Canada in most levels of the health care professions. So we look forward very much to your presentation this morning, and following that we will have questions from the members of the committee.

• 0920

Dr. Dennis A. Psutka (Associate Professor, Department of Family Medicine, Faculty of Health Sciences, McMaster University): Thank you for the introduction. I am pleased to be here, by the way, to have the opportunity to speak to this committee. I hope that my comments will be of some value to your deliberations.

I was asked by the clerk to come a couple of weeks ago and she told me that I would have 10 minutes. I bargained for 20 minutes, and I do not know if I will be able to accomplish my task in that timeframe. So I am warning you now.

I have had a widely based exposure to the health care system, as you can see on the summary of my curriculum vitae, and I have been having trouble in the last few months trying to condense all my thoughts into ever-shortening timeframes.

On Monday of this week there was a retreat of senior health science faculty, including many of the deans of our medical schools. I talked for two hours and used 180 slides and we had a two-hour question period. That is about how long it takes to talk about the health care system, and that is just glancing off it. So if my logic is perhaps not as well developed as it should be, it is because I am presuming that with all these hearings you have developed a range of sophistication and awareness that is beyond most people in this country.

Some hon. members: Hear, hear.

Dr. Psutka: Anyway, if there are some issues then, yes, we can have questions, and I did bring along another carousel to answer your questions so I am ready for anything.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 8 novembre 1990

Le président: La séance est ouverte. Comme nous avons le quorum, conformément à l'article 108.(2) du Règlement, nous allons poursuivre notre étude du régime canadien de soins de santé et de son financement.

Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin le docteur Dennis Psutka, professeur agrégé du Département de médecine familiale à l'Université McMaster.

Docteur, nous sommes très heureux que vous ayez pu vous libérer pour venir vous adresser à notre comité ce matin. Vous savez sans doute que nous avons commencé ces audiences au début du printemps, ce qui nous a permis d'entendre un vaste éventail de témoins oeuvrant à tous les niveaux des professions de la santé. Nous allons donc vous écouter avec beaucoup d'intérêt, après quoi les membres du comité vous poseront quelques questions.

M. Dennis A. Psutka (professeur agrégé, Département de médecine familiale, Faculté des sciences de la santé, Université McMaster): Merci de cette introduction, monsieur le président. Je suis très heureux de pouvoir m'adresser au comité et j'espère que mes commentaires vous seront utiles.

Quand la greffière du comité m'a invité à venir témoigner, elle m'a dit que j'aurais 10 minutes. Après avoir négocié, j'ai réussi à en obtenir 20, mais je ne sais même pas si je pourrai dire tout ce que je veux vous dire dans ce délai. Vous êtes prévenus.

Comme le montre le résumé de mon curriculum vitae, j'ai acquis une large expérience dans un très grand nombre de branches du secteur de la santé, et j'ai de plus en plus de difficulté à condenser mes pensées à l'extrême.

J'ai participé lundi à un colloque de professeurs des sciences de la santé, auquel assistaient bon nombre de doyens de nos écoles de médecine. Je leur ai parlé pendant deux heures, je leur ai présenté 180 diapositives, et nous avons eu ensuite une période de questions de deux heures. Voilà combien de temps il faut pour discuter du régime de soins de santé, et sans même aller au fond des choses. Si vous avez parfois l'impression qu'il y a des failles dans mon raisonnement, ce sera parce que je suppose que toutes les audiences auxquelles vous avez participé vous ont permis d'acquérir des connaissances beaucoup plus poussées et pointues que la plupart de vos concitoyens.

Des voix: Bravo.

M. Psutka: Quoi qu'il en soit, si vous avez des questions à poser, je serai très heureux d'essayer d'y répondre, et j'ai d'ailleurs apporté avec moi un autre carrousel de diapositives pour parer à toute éventualité.

[Texte]

When I have given this talk I have put up two disclaimers, mainly because, being a physician, I often give this talk to physicians. I must confess that they often label me as a cynic or a radical or something, so I have taken to putting up these disclaimers so they might give me some consideration before they start to get angry with me.

If they do not like this one, then I will often hide behind my McMaster cloak of pseudo-physician, and Dr. Madore, who used to be a president of the Canadian Medical Association, does not like people from McMaster.

It is difficult being from McMaster, by the way. As a faculty member, I was at my marina a few days ago putting my boat away and a young lady with a T-shirt came walking down the dock. The T-shirt said "It is better to have failed at Western than to have passed at McMaster". So I really have problems being in McMaster faculty. I did not know which university to use here so I... Figuring that the people from London have not done well recently, I thought that would be a safe place.

It is a rapidly changing world, as you are well aware. I would suggest we are in a very confusing and stressful time of our history. Being a health care worker in Canada, I would suggest that Canadian health care workers are finding themselves under a lot of stress. Not only do we have to cope with this gentleman, like everyone else in the world—

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): He is up to date, is he not?

Dr. Psutka: —but we also, of course, as Canadians have to cope with all the wonderful things that are going on in my country such as Meech and the GST and the problem we have just endured.

On the other hand, as a health care worker, besides all that, I have to endure the mounting pressures and radical changes that our national health care system is currently undergoing and which this committee is part and parcel of.

In my province, Ontario, we have had a great destabilization in the past few years. Some people would call it a revolution. By the way, it got so bad in our province just before the election that some of you may have remembered this picture on television. I would suggest to you that it maybe was not really Romania. We began to have media censorship. It really was a picture of the staff from the Women's College Hospital in Toronto attacking the Minister of Health's office because they did not want to merge with the Toronto General Hospital. This was quite a war in Toronto between these hospitals who were trying to fight with each other. It is not a true slide, but anyway...

[Traduction]

Quand je fais cet exposé, je présente sur l'écran deux réserves, essentiellement parce que, comme je suis médecin, c'est souvent à d'autres médecins que je m'adresse, et je dois reconnaître qu'ils me qualifient souvent de cynique ou de révolutionnaire. J'ai donc pris l'habitude d'exposer ces deux maximes pour qu'ils acceptent de m'entendre avant de se mettre vraiment en colère.

Si celle-ci ne leur plaît pas, je me réfugie souvent derrière mon titre de pseudo-médecin de McMaster, et je dois dire que le docteur Madore, qui était président de l'Association médicale canadienne, n'aime pas les gens de McMaster.

Entre parenthèses, il est difficile de venir de McMaster. Alors que je mettais mon bateau en cale sèche, l'autre jour, à la marina, j'ai vu passer une jeune fille portant un T-shirt sur lequel était écrit : «Il vaut mieux avoir échoué à Western qu'avoir réussi à McMaster». Très encourageant, n'est-ce pas? Je ne savais pas quelle université mentionner sur cette diapositive et, comme j'ai l'impression que les étudiants de London n'ont pas eu de très bons résultats ces derniers temps, c'est eux que j'ai choisis.

Comme vous le savez, nous vivons dans un monde qui change de plus en plus vite. En fait, j'estime que nous traversons une période particulièrement troublée et troublante de notre histoire. Comme je travaille dans le secteur de la santé au Canada, j'estime pouvoir dire que les travailleurs canadiens de ce secteur sont dans une situation de plus en plus stressante. Non seulement ils doivent s'occuper de personnes comme ce monsieur...

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Il a l'air très moderne, n'est-ce pas?

M. Psutka: ...mais aussi, comme tous les autres Canadiens, de phénomènes aussi enthousiastes dans le contexte canadien que Meech, la TPS et le problème que nous venons juste de connaître.

En revanche, comme travailleur de la santé, je suis confronté aux pressions de plus en plus vives et aux changements de plus en plus brutaux, provoqués notamment par votre comité, auquel doit faire face le régime national de soins de santé.

En Ontario, ma province, nous venons de connaître plusieurs années extrêmement déstabilisatrices. D'aucuns parlent d'ailleurs à ce sujet de période révolutionnaire. En fait, les choses allaient tellement mal dans notre province avant les dernières élections que cette photographie est fréquemment passée à la télévision, certains d'entre vous s'en souviennent peut-être. Non, ne vous y trompez pas, ce n'était pas en Roumanie. Nous avons vu apparaître la censure des médias. Il s'agissait en fait d'une photographie du personnel du Women's College Hospital de Toronto attaquant le bureau du ministre de la Santé parce qu'il ne voulait pas que l'hôpital soit fusionné à l'Hôpital général de Toronto. Il y a eu une véritable guerre entre ces hôpitaux à ce moment-là. Ce n'est pas une vraie diapositive mais, quoi qu'il en soit...

[Text]

If you are from Ontario, mind you, the strain has been increased with the recent election. I would suggest to you that the new NDP government will be pursuing a renaissance in health care if for no other reason than to have some funds to carry out many of their party objectives, most of which, though not related to health care, have much to do with the ultimate health of the people.

• 0925

Ontario is not alone. Right across the country every province is conducting an in-depth analysis of its health care system, and civil servants, administrators and providers are scurrying about trying to come to grips with all of the rhetoric. There are a lot of recommendations coming forth from these committees. In fact, at our faculties of health science the big project for most students this year is to summarize these reports and to prepare summary documents of the more than a thousand recommendations that I am sure are now in place.

Of interest is that you can summarize them down to these few bullets, because I have a feeling that most of them came from the same word-processing machines.

Anyhow, a few weeks ago I found myself in an astonishing situation. I was in Edmonton lecturing to over 450 health administrators on how to manage the health care system, and a question that I asked the group was: what have you been doing since the mid-60s when our system was implemented? How have you justified your salaries if you have not been managing? They did not have a very good answer.

From my point of view, I think we have been coping with a system that was inherently flawed right from its inception and one that has continued to grow more and more out of touch with the health care requirements of our country, despite countless reports, inquiries and royal commissions, until we are all starting to realize it consumes about one-third of every province's tax base and potentially could destroy the health of our country as it grows and grows.

As we are all becoming aware, Canada is no longer a happy place. This slide was taken from *The Toronto Star* in April, before all of the other things we have just experienced over the summer months took place, and its cherished social support programs are all under the gun. In a global economy, having to compete with other nations on price and quality, the program becoming most scrutinized by governments is health care. Rightfully so because, as this slide shows, we are first in per capita costs among OECD countries that provide universal coverage to their citizens.

[Translation]

Si vous connaissez l'Ontario, vous savez bien que la situation est de plus en plus tendue depuis les dernières élections. Je crois que le nouveau gouvernement néo-démocrate va tenter de stimuler une renaissance dans le secteur de la santé, ne serait-ce que parce qu'il sera obligé de trouver des fonds pour réaliser les autres objectifs du parti, dont la plupart ne concernent pas directement les services de santé mais sont en fait largement reliés à la santé générale de la population.

L'Ontario n'est d'ailleurs pas la seule dans cette situation. Chaque province mène actuellement une étude approfondie de ses services de santé, et on voit une multitude de fonctionnaires, d'administrateurs et de fournisseurs de services qui s'efforcent de maîtriser la situation. Toutes sortes de comités nous abreuvent d'un flot continu de recommandations. En fait, dans les écoles de sciences de la santé, le projet le plus fréquemment confié aux étudiants est de résumer ces rapports et de tenter de résumer les recommandations dont le nombre dépasse probablement le millier.

Il est particulièrement intéressant de constater qu'on peut les ramener à ces quelques lignes, ce qui me porte à croire qu'elles sont toutes issues de la même machine de traitement de texte.

Quoi qu'il en soit, je me suis trouvé il y a quelques semaines dans une situation tout à fait étonnante. Je me trouvais à Edmonton où je m'adressais à plus de 450 gestionnaires de services de santé, au sujet de la gestion du régime de soins de santé. J'en ai profité pour leur poser la question suivante: qu'avez-vous fait depuis le milieu des années 60, lorsque le régime a été mis sur pied? Comment avez-vous pu justifier vos salaires si vous n'avez rien géré? Je dois dire que leurs réponses n'ont pas été très convaincantes.

J'estime pour ma part que nous essayons de fonctionner avec un système qui est fondamentalement vicié depuis sa création, et qui ne cesse depuis lors de s'écarter des besoins fondamentaux des citoyens en matière de santé, malgré une multitude de rapports, de comités d'enquête et de commissions royales. Tout cela pour en arriver aujourd'hui à réaliser que le régime dans son ensemble consomme près du tiers des recettes fiscales de chaque province et risque de porter un coup fatal à la santé globale du pays s'il n'est pas maîtrisé.

Nous en sommes tous de plus en plus conscients, le Canada n'est plus un pays où il fait bon vivre. Voici sur l'écran un extrait du *Toronto Star* d'avril, avant tous les événements qui nous ont secoués cet été. Comme vous le voyez, on y indique que tous les programmes sociaux chers aux Canadiens sont dans le collimateur. Or, dans une économie mondiale où nous sommes obligés de faire concurrence aux autres nations, tant au chapitre des prix que de la qualité, le programme le plus fréquemment visé par les gouvernements est celui de la santé. Et c'est tout à fait légitime car, cette diapositive l'indique, au chapitre des coûts par habitant, nous sommes premier parmi tous les pays de l'OCDE garantissant une protection médicale universelle à leurs citoyens.

[Texte]

The U.S., as you can see on that slide, is number one but, as we all know, they do not provide universal coverage and there are large numbers of their citizens, estimated at 37 million to 40 million, who have no health care coverage at all and, as I am sure you have heard, are going through great debates as to their future program options and what they might do to fix their system.

This is a very frightening slide, by the way. If you will notice where Japan is there, one of our major world competitors, they do not basically spend anywhere near what we do and, surprisingly, when you look at this, they have the greatest longevity. They spend less than we do and they are number one in longevity. They are also number one in perinatal mortality rates, meaning that they have the least amount of trauma to their babies at birth. On and on the story goes.

We are sixth and the United States, if I am not mistaken, is down there at eleventh or twelfth. The U.K. is number 15 and the U.S.S.R. is number 28.

I do not know whether you had the time last year to watch a movie called *Black Rain* with Michael Douglas. Basically, there is a great line in that movie which I found very frightening. When Michael Douglas is sitting in a bar talking to his Japanese counterpart, the Japanese detective says, "You may have won the war but we have won the peace". I really wonder whether that will be repeated a few years hence when the re-united Germany comes back and becomes a very, very powerful world competitor.

So right across Canada governments are beginning to realize that spending more on health care does not guarantee population health, that there are more factors involved in health of populations than hospitals, doctors, or high-tech interventions. This list here was developed by the Premiers Health Council of Ontario and I am told that the new NDP government will be carrying on with these items and with that council. I would suggest that these basically make up the plank of any government that is looking at population health.

There is also a growing awareness that high tech may increase salvage of people, but it may not guarantee their quality of life. There is also a growing suspicion, and I am sure you have heard some evidence of this, that the norms of patient care may be established on a physician's income or lifestyle expectations rather than on the outcome of their interventions.

• 0930

You may also have been made aware that only 10% or 20% of all the things doctors do to patients are supported by randomized controlled trials. I am sure you have also heard that there is a growing body of medical research to show that many health care interventions you are paying for are not supported by trials, may be inappropriate in their application and may not be appropriately done to the patients.

[Traduction]

Bien sûr, vous voyez sur cette diapositive que ce sont les États-Unis qui sont au premier rang, mais nous savons tous qu'ils ne fournissent pas de protection universelle et qu'un grand nombre de citoyens américains, qu'on situe généralement entre 37 et 40 millions, ne bénéficient de strictement aucune assurance médicale. Vous savez d'ailleurs qu'un vaste débat vient de s'engager aux États-Unis au sujet des solutions à mettre en oeuvre pour réformer le système.

Voici une diapositive particulièrement effrayante. Voyez où se situe le Japon, l'un de nos principaux concurrents à l'échelle internationale. Il consacre beaucoup moins que nous aux services de santé mais, ô surprise, on y enregistre les meilleures statistiques au chapitre de la longévité. Il se situe également au premier rang en ce qui concerne les taux de mortalité périnatale, ce qui signifie qu'on y trouve le moins grand nombre de traumatismes à la naissance. Et on pourrait continuer longtemps à ce sujet.

Ici, nous sommes sixième, et les États-Unis sont onzième ou douzième, si je ne me trompe. Le Royaume-Uni est quinzième, l'URSS vingt-huitième.

Je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de voir le film *Black Rain*, l'an dernier, avec Michael Douglas. J'y ai entendu une réplique qui ne cesse de me hanter depuis. Michael Douglas est en train de discuter dans un bar avec son homologue japonais, qui lui dit ceci : «Vous avez peut-être gagné la guerre mais nous avons gagné la paix». Je me demande si ce n'est pas un Allemand, dans quelques années, qui pourra nous lancer la même réplique, lorsque l'Allemagne réunie sera devenue un concurrent international extrêmement puissant.

Cela dit, les gouvernements du Canada prennent de plus en plus conscience que la santé des citoyens n'est pas seulement une question d'argent et qu'il y a beaucoup d'autres facteurs à prendre en considération que les hôpitaux, les médecins ou la technologie de pointe. Voici une liste qui a été dressée par le Conseil de la santé du premier ministre de l'Ontario, et je me suis laissé dire que le nouveau gouvernement néo-démocrate va s'efforcer de les mettre en oeuvre, tout comme il va maintenir le Conseil. A mon avis, ces mesures pourraient constituer le programme de base de n'importe quel gouvernement en matière de santé.

On réalise également de plus en plus que la technologie avancée, si elle permet de sauver un plus grand nombre de patients, ne leur garantit pas nécessairement une vie de qualité. On soupçonne également de plus en plus, je suis sûr que vous le savez, que les normes en matière de soins sont peut-être beaucoup plus reliées au revenu ou au niveau de vie du médecin qu'au succès de ses interventions.

Peut-être savez-vous aussi que seulement 10 p. 100 ou 20 p. 100 de toutes les interventions des médecins sont justifiées lorsqu'on effectue des études sur échantillon aléatoire et contrôlés. Vous avez aussi probablement entendu dire qu'un nombre croissant de recherches révèlent que beaucoup d'interventions médicales dont vous assurez le financement ne sont pas justifiées lorsqu'on fait des études, sont parfois mises en oeuvre de manière inappropriée, et sont parfois même inappropriées pour le patient.

[Text]

Despite claims that medicine is an exact science, there are wide variations in practice patterns and treatments across the country. This slide is taken from the Ontario Ministry of Health, and it compares three common procedures done to seniors. That is, where you insert the dye into their coronary arteries and see what the arteries look like; a prostate operation in the middle, and hip replacement. The question I ask people when they look at this slide is: who is getting the right amount of care, the most amount of care and the least amount of care? Surprisingly, often you will note that the people in the north of our province do not get any less than anyone else, though sometimes they do.

I run a committee in Windsor right now looking at the use of cardiovascular surgery in southwestern Ontario, but we have had a chance to look at the data for the province. The part of the province of Ontario that gets the most surgery is not here in Ottawa, despite the Ottawa Heart Institute; it is the people on Manitoulin Island. They are running at a rate of over 115 per 100,000, and I think here in Ottawa it is 70 per 100,000. In Grey or Perth—I cannot remember which of the counties—it is only 30 per 100,000. So we have a remarkable ratio of differences and variations.

The other thing we are starting to come to grips with is that “wimp” management of our health care system may no longer be appropriate. You ask, what is wimp management? Having worked in the government for eight years, I must confess that I became very aware of how we have been managing our health care systems. Usually you have a wishful thought—I wish we had a heart unit in this town. Then, if you do not get it, you have hysteria—if we do not have a heart unit, we will all die. Somebody finally says, tell me how you know that. There is no evidence or data, so you say, trust me, I have a feeling; I am a physician, a nurse or something, and I just know. It is intuition. Finally, the media gets involved, and we all know what happens then. Then we have a political decision based upon the three things above, and it is a crap shoot when it comes down to making decisions. I do not think that is the way to run the system.

This is an example of that kind of management. This is when a respected cardiovascular surgeon from one of our major teaching hospitals is on the front page of *The Toronto Star*, with a colour picture, circulation 950,000, and tells the health minister that his patients are dying. Basically what happens is that no minister of any Crown government can take that kind of heat, and millions of dollars are then thrown into the breach to repair the allegations.

[Translation]

Certes, on prétend que la médecine est une science exacte, mais il existe quand même des différences considérables en matière de pratiques et de traitements d'un bout à l'autre du pays. Voici une diapositive du ministère ontarien de la Santé qui permet de comparer trois procédures couramment appliquées aux personnes âgées. Il s'agit ici de l'injection d'un colorant dans les artères coronariennes pour voir de quoi elles ont l'air; d'une opération de la prostate au milieu; et du remplacement d'une hanche, dans le troisième cas. La question que je pose lorsque je présente cette diapositive est celle-ci: qui reçoit des soins appropriés, qui le maximum de soins, et qui le minimum? On constate bien souvent, et cela peut vous surprendre, que les habitants du nord de la province ne reçoivent pas moins de services médicaux que les autres, à quelques exceptions près.

Je dirige actuellement un comité à Windsor qui examine le recours à la chirurgie cardio-vasculaire dans le sud-ouest de la province, ce qui nous a permis d'examiner les données pour toute la province. Or, la région de l'Ontario dans laquelle on effectue le plus de chirurgie cardio-vasculaire n'est pas Ottawa, malgré l'Institut du cœur qui y est établie, mais plutôt l'Île de Manitoulin. Les statistiques y sont de 115 pour 100,000, contre 70 pour 100,000 à Ottawa. Dans les comtés de Grey ou de Perth—je ne me souviens plus—on tombe à 30 pour 100,000. Vous le voyez, les différences sont considérables.

Nous commençons également peu à peu à nous rendre compte que gérer notre régime de santé par «sensibiliserie» n'est peut-être plus satisfaisant. Pourquoi parler de sensibiliserie, me direz-vous? Comme j'ai travaillé pendant huit ans pour le gouvernement, je dois dire que j'ai vu de près comment sont gérés les systèmes de santé. On commence par exprimer un désir: je désire avoir une unité cardiaque dans ma ville. Ensuite, quand vous ne l'obtenez pas, vous passez à l'hystérie: si nous n'avons pas d'unité cardiaque, nous allons tous périr. Finalement, quelqu'un dit: «Comment le savez-vous»? Comme vous n'avez aucune preuve concrète, vous dites: «Faites-moi confiance, je le sens très bien, je suis médecin, ou infirmier, ou n'importe quoi d'autre. Je le sais, c'est une question d'intuition». Finalement, les médias entrent dans la ronde, et nous savons tous sur quoi cela débouche. Nous nous retrouvons avec une décision politique, mais sa justification est purement aléatoire. À mon avis, ce n'est pas comme cela qu'il faut fonctionner.

Voici un exemple de ce type de gestion. La chirurgie cardio-vasculaire très réputée de l'un des grands hôpitaux d'enseignement du Canada fait la première page du *Toronto Star*, qui tire à 950,000, exemplaires, avec une photo en couleurs en disant au ministre de la Santé que ses patients sont en train de mourir. Évidemment, aucun ministre ni aucun gouvernement ne peut laisser passer ce genre d'accusation sans réagir, et des millions de dollars sont alors jetés dans le système pour tenter de réfuter les allégations.

[Texte]

In fact, in my province, since this showed up two years ago, more than \$30 million has been poured into cardiovascular surgery. In Ontario we can now do 8.700 pump bypass procedures a year. Those are operations where your heart is opened up and you are put on a machine to circulate your blood and oxygenate your blood. That could be valve surgery, bypass surgery or other things like that.

Despite this money and despite this capacity, the waiting times for elective surgery are still at six to eight weeks. There are screams for more money, more facilities, and hundreds of Ontario citizens are crossing to the States for surgery. Of interest, however, is that despite all of this noise and attention for the last two or three years it is only in the last six months that the nearly 50 cardiac surgeons in this province, working in 10 heart units, have started to dialogue about standardized triage criterion, managed waiting lists and sharing common data, definitions and guidelines to ensure appropriate utilization of this very necessary but expensive resource and to assure proper access and service to the patients of this province.

• 0935

Why is this going on, not only in cardiac surgery, but in every aspect of the health care delivery system in this country?

When I was told that I had only 20 minutes, I removed a whole carousel of slides. However, when I give my expanded talk I will usually pound my audience into submission with examples of inefficiency, waste and mismanagement from every aspect of health care delivery. It is really not hard to do. In fact, with a home computer and a graphics package, as you can see, and the data I have had access to, it has now become my favourite pastime. It gets me on trips a lot. Actually, I do not mind doing it at all.

The data on aging, on high tech, on drug utilization, on physicians' practice patterns, on hospital management, and on manpower requirements, to mention only a few, often causes some folks in the audience to get very agitated. Business people especially are the first to explode. They ask how governments could have developed such a system, how one of the largest businesses in the country could become so out of hand.

It is so big, by the way, that this slide, taken from Jane Fulton's book, is about as close as I can get to any kind of information about the total system. We have terrible process and outcome information, but we have even worse structure information. so I must confess that I can only give you that slide as a relative indication of how big the structure is.

[Traduction]

En fait, depuis la publication de cet article, il y a deux ans, ma province a investi plus de 30 millions de dollars dans le secteur de la chirurgie cardio-vasculaire. Nous pouvons aujourd'hui effectuer 8.700 dérivations cardiaques par an. Il s'agit d'opérations à coeur ouvert durant lesquelles le système cardiaque est branché sur une machine pour assurer la circulation et l'oxygénation du sang. Cette procédure peut être utilisée pour opérer les valvules, faire un pontage, etc.

Malgré tout cet argent, et malgré toute cette capacité, il faut toujours attendre de six à huit semaines pour une chirurgie facultative. On continue donc de hurler pour réclamer plus d'argent et plus d'équipements, et des centaines d'Ontariens vont se faire opérer aux Etats-Unis. Or, et cela ne manque pas d'intérêt, malgré tout le bruit que l'on fait autour de cette question depuis deux ou trois ans, il n'y a que six mois que la cinquantaine de chirurgiens du coeur de la province, qui opèrent dans 10 unités cardiaques, ont entamé un dialogue sur l'établissement de critères de triage standardisés, de gestion des listes d'attente, de partage des données, d'établissement de définitions et de lignes directrices, de façon à garantir une utilisation appropriée de cette ressource tout à fait indispensable, certes, mais extrêmement coûteuse, et afin de garantir un accès et un service appropriés aux patients de la province.

Pourquoi agit-on comme cela, pas seulement en chirurgie cardiaque mais dans tous les autres secteurs de la santé au Canada?

Quand on m'a dit que je n'aurais que 20 minutes, j'ai supprimé tout un Carrousel de diapositives qui me permet généralement d'arriver à dominer mon public avec des exemples d'inefficience, de gâchis et de mauvaise gestion dans pratiquement tous les aspects de la prestation des soins. Ce n'est pas difficile à faire. En fait, il suffit d'un ordinateur personnel avec un programme graphique pour pouvoir utiliser les données auxquelles j'ai accès, ce qui d'ailleurs est devenu mon passe-temps favori. Cela me fait faire beaucoup de voyages, mais cela ne me déplaît pas.

Lorsque j'expose des données sur le vieillissement, sur les technologies de pointe, sur l'utilisation des médicaments, sur les pratiques des médecins, sur la gestion des hôpitaux, sur les besoins en main-d'oeuvre, j'en passe et des meilleures, mon public ne tarde pas à s'exciter. Ce sont généralement les hommes d'affaires qui explosent les premiers. Ils ne tardent pas à demander comment il se fait que les gouvernements ont mis un tel système sur pied, comment il se fait que ce qui est en fait l'une des plus grosses entreprises du pays ait pu ainsi échapper à tout contrôle.

De fait, le système est si vaste que cette diapositive, extraite du livre de Jane Fulton, est la seule qui me permette de vous en donner une idée assez globale. Nos informations sur les processus et les résultats sont catastrophiques, mais nos informations sur les structures sont encore pires, ce qui signifie que c'est la seule diapositive que je puisse vous présenter pour vous donner une indication de la taille du système.

[Text]

Why has something not been done? I would suggest to you that the answer is pretty simple. In other words, if you are a politician and you want to stay in power, how do you fix this system? Because, as you well know, every poll that is ever taken tells you that the citizens of this country think health care is a sacred cow and do not dare touch it because they like it; it is the No. 1 program.

That is great, but how are you going to inject accountability, consumerism and competition back into this system that has been considered free and without limits from its inception? How are you going to influence the way in which doctors practice medicine? I can tell you, being an academic, that I like the top three "carrots"; I like the idea that education, feedback, and the participation of health care workers will lead to the truth.

On the other hand, I can tell you, having worked as an administrator and in the government, that the bottom three "stick" initiatives are the ones that work at this point in time.

We could discuss many ideas, but I realize we have a short period of time, so I am going to try to take you through four of the more common proposals.

The first proposal is to say we should perhaps just leave the system alone. We all know how to play management games in the current set-up: wimp management is fun. Seriously, it truly is, let us be honest about it. Fire-fighting management is more rewarding at the end of the day than planning by reason, logic, need or accurate data analysis. In fact, some of the deputies I worked for were so addicted to fire fighting that they used to pour gasoline on the fires and make them burn better because it was more fun to put them out.

So let us keep our current slice of the action in all our provinces and let things proceed as they have for the past 10 years. However, I do not know whether we can do that any longer, considering the economic slump we are going through. In my province, Ontario, the government is currently spending 34.4% of all its revenues on health care. You have often heard that the figure was 33%; then they admitted lately that it is 34%, and now it is 34.4%. I will gladly accept the 0.4 and retire to Mexico for a long time. I have learned in government that rounding off to five or six decimal places still leaves me a lot of money when you are talking in terms of billions. Most people cannot cope with the concept of a billion dollars and, as you well know, that is a thousand million. It takes 11.5 days for a million seconds to go by; it takes close to 35 years for a billion seconds to go by. It is a lot of money.

That figure is basically being shared by 9.3 million people, which means that they all have \$1,570 each to spend on health care. I can tell you that this amount comes out to about \$42 million a day and I have been spending, I am sure, close to a couple of million while I have been sitting here, with no problem whatsoever, as far as time is concerned.

[Translation]

Pourquoi n'a-t-on encore rien fait? La réponse est très simple. Si vous êtes politicien et que vous voulez rester au pouvoir, comment allez-vous réparer le système? Comme vous le savez, tous les sondages le confirment, les Canadiens estiment que la santé est une vache sacrée et personne n'ose y toucher, c'est le programme numéro un, c'est l'idole absolue.

Très bien, mais comment obliger alors le système à rendre des comptes, comment y injecter le consumérisme et la concurrence, alors que c'est un système qui est considéré comme complètement autonome et qui n'est assujéti à aucune limite depuis sa création? Comment allez-vous influencer la manière dont les médecins pratiquent la médecine? Comme je suis un universitaire, je puis vous dire que j'aime bien les trois premières «carottes». J'aime à croire que l'éducation, la rétro-information et la participation des travailleurs de la santé permettront de trouver la vérité.

En revanche, ayant l'expérience de l'administration et du gouvernement, je puis vous dire que ce sont les trois «bâtons» du bas qui donnent des résultats à l'heure actuelle.

Il y a beaucoup d'idées dont nous pourrions discuter, mais comme le temps nous est compté, je vais me contenter de vous exposer les quatre positions les plus courantes.

La première est qu'il ne faut tout simplement pas toucher au système. Nous savons tous jouer les jeux de la gestion dans la structure actuelle, et la gestion à la sensiblerie est très amusante. C'est vrai, soyons honnêtes, c'est très satisfaisant. Éteindre les incendies donne beaucoup plus de satisfaction qu'établir des plans raisonnés, logiques, et fondés sur l'analyse minutieuse de données exactes. En fait, certains des sous-ministres pour lesquels j'ai travaillé étaient de tels mordus de l'extinction des incendies qu'ils ne pouvaient s'empêcher d'y jeter de l'essence pour les faire brûler encore mieux, ce qui rendait l'extinction encore plus amusante.

Laissons donc les choses en l'état, dans toutes les provinces, et laissons les choses avancer comme elles le font depuis 10 ans. C'est une idée, certes, mais je ne vois pas comment nous pouvons l'accepter, étant donné la récession économique dans laquelle nous entrons. À l'heure actuelle, le gouvernement ontarien consacre 34,4 p. 100 de toutes ses recettes aux services de santé. Vous avez souvent entendu dire que c'était 33 p. 100. Eh bien, il a reconnu très récemment que c'était 34 p. 100, et nous sommes aujourd'hui passés à 34,4 p. 100. Avec 0,4 p. 100 de plus, je n'aurai aucun mal à prendre ma retraite au Mexique. J'ai appris au gouvernement qu'arrondir à cinq ou six chiffres après la virgule représente encore parfois beaucoup de millions de dollars. Certes, la plupart des gens ont du mal à saisir ce qu'est un milliard de dollars, c'est-à-dire mille millions. Pour vous en donner une idée, il faut 11,5 jours pour atteindre un million de secondes, et il faut près de 35 ans pour arriver à un milliard de secondes. Cela fait beaucoup d'argent.

En gros, le budget de la santé est payé par 9,3 millions de personnes, ce qui signifie que chaque Ontarien a 1,570\$ à consacrer à la santé. Je peux vous dire que cela fait environ 42 millions de dollars par jour, et je suis sûr qu'on a déjà dépensé une paire de millions, sans aucun problème, depuis que j'ai commencé à me resouvenir.

[Texte]

The awful truth is also that the figure is compounding at a rate of 12.1% a year since 1980 and that, if we do not manage it, but leave it the way it is, the figure will reach almost \$30 billion before the new NDP government reaches the end of their first term in office. If you factor in all of the current known growth pressures in Ontario for health and social services alone, the total at the end of five years will exceed \$50 billion. The current total budget for this province is \$45 billion. I would suggest to you it is obvious that we cannot leave the status quo as it is.

• 0940

Well, what about more money? Maybe this gentleman has the answer. I am beginning to have my doubts, mind you. From what I saw on television, he seems to be in a fair amount of trouble in his country, with somebody shooting up Red Square. He has won the Nobel Prize, let us hope that world peace may result. Then maybe we can get rid of our armed forces and plow, through expanded federal funding, the surplus money back into health care. We can take our expenditures up to \$2,000 a person, that is about 12% GNP, and I think everything would be just fine.

I think that is where the Americans are right now. Let us be honest, everything is not perfect in their health care system. Spending more on health care and not addressing other determinants of health has resulted in some unique American problems. A recent report said that Americans do not live as long as Canadians because of lack of access to health care. I do not think that is actually the truth. It is not because of lack of a hospital or a doctor that a negro male in Harlem lives fewer years than a male in Bangladesh or that infant mortality in Washington D.C. is the highest in the total American system.

Recently I was in Philadelphia giving a talk, and I read in the paper that 415 babies were born in Philadelphia last year who had syphilis. I do not think that hospitals and doctors are going to get at the root cause of that problem, which happens to be lack of education, poverty, drugs, ghettos, racism, and all the good things that the American system fosters.

I do not think that spending more money just willy-nilly on health care is the answer for a healthy Canada either.

What about managing better? Let us have managed care; let us manage utilization. It is an American idea which many Canadian politicians, including Elinor Caplan, are really big on. Let us supply business management techniques to health care and we will be efficient. In my province the previous government introduced a health care levy on business, not only to eliminate premiums but also, I would suggest to you, to get business involved in management. When business

[Traduction]

L'horrible vérité est que ce chiffre augmente à un taux de 12,1 p. 100 par an depuis 1980 et que, si nous ne réussissons pas à le contrôler, nous arriverons à près de 30 milliards de dollars avant même que le gouvernement néo-démocrate ne termine son premier mandat. Si on ajoute à cela tous les facteurs de croissance connus qui s'exercent en Ontario sur les services de santé et sur les services sociaux, le total pourrait dépasser 50 milliards de dollars dans cinq ans. Or, le budget total de la province est actuellement de 45 milliards de dollars. Il est bien évident que le statu quo est inacceptable.

Peut-on alors envisager d'y mettre plus d'argent? Peut-être ce monsieur a-t-il la réponse, mais je commence à en douter. D'après ce que j'ai vu à la télévision, il semble faire face à pas mal de difficultés dans son pays, au point qu'on commence à tirer des coups de feu sur la Place Rouge. Comme il a gagné le Prix Nobel, espérons qu'il nous donnera la paix mondiale. Cela nous permettra peut-être de nous débarrasser de nos forces armées et de réinjecter dans les services de santé toutes les sommes ainsi libérées, en augmentant les crédits fédéraux. Nous pourrions amener nos dépenses individuelles à 2.000\$ par personne, ce qui ferait à peu près 12 p. 100 du PNB, et tout le monde serait content.

C'est d'ailleurs là où en sont les Américains à l'heure actuelle, si je ne me trompe. Soyons honnêtes, tout ne va pas non plus pour le mieux dans le meilleur de leur monde médical. Dépenser plus en matière de santé sans s'attaquer aux autres paramètres de la santé a provoqué certains problèmes tout à fait particuliers aux États-Unis. Selon un rapport récent, les Américains ne vivent pas aussi longtemps que les Canadiens parce qu'ils n'ont pas un aussi bon accès aux services de santé. À mon avis, ce n'est pas vrai. Ce n'est pas parce qu'un adulte noir de Harlem n'a pas accès à un hôpital ou à un médecin qu'il vit moins longtemps qu'un adulte du Bangladesh ou que la mortalité infantile à Washington est la plus élevée de tous les États-Unis.

Je donnais récemment une conférence à Philadelphie, et j'ai lu dans le journal local que 415 bébés syphilitiques étaient nés l'an dernier dans cette ville. Croyez-moi, ce ne sont pas les hôpitaux et les médecins qui permettront d'éradiquer ce genre de problème, qui provient en fait d'un manque de scolarisation, de la pauvreté, des drogues, des ghettos, du racisme et de toutes les autres bonnes choses qui s'épanouissent dans le système américain.

Je ne suis donc pas du tout convaincu qu'il suffise de dépenser plus d'argent dans le secteur de la santé pour résoudre ces problèmes, ni aux États-Unis, ni au Canada.

Pourrait-on donc améliorer la gestion du système? Mettons sur pied la gestion des soins et de l'utilisation des services. C'est une idée américaine qui semble beaucoup plaire à certains politiciens canadiens, notamment à Elinor Caplan. Appliquons les techniques de gestion des affaires aux services de santé, et nous arriverons à l'efficacité. Dans ma province, le gouvernement précédent a mis sur pied une taxe de la santé frappant les entreprises, non seulement pour

[Text]

people receive a spread sheet from their accountants at the end of the year, they will see what health is costing them. They are beginning to compete in free trade with the Americans, who are not spending that kind of money on health care. They are going to scream bloody murder. Fix the system; we cannot afford it. That was probably behind the health care levy.

The story we hear in Canada is that in the late 1970s or early 1980s, when Chrysler was nearly bankrupt, Iaccoca and Califano found that nearly \$700 of every car was going into health care benefits. This was truly making Chrysler non-competitive. It was twice as much as the French and Germans were spending and three times more than the Japanese.

They went to Ronald Reagan and lobbied extensively. Managed care was introduced and within a few years in the United States the normal pattern of power in health care was reversed. The top triangle is what it used to look like in the early 1980s, with doctors on top of the pile, hospitals right after them, and business at the bottom. Business is now running health care in the United States. Doctors are at the bottom of the pile and are completely befuddled by the whole incident at this point in time.

If you look at the left side of the slide, the red part is what they call unmanaged fee for service, individual doctors practising in a private system, doing what they want willy-nilly, which is very similar to Canada. In 1988 only 28% of American doctors were working in an independent, autonomous situation. American doctors have lost their autonomy. In fact, that number is probably even less now. I am told that two years ago 50% of the graduating class of all American medical schools went to work for a business.

• 0945

We have all kinds of wonderful things taking place in the United States. They have invented more manage-care schemes than I could ever keep track of. I call it "alphabet soup". They have fee for service—and so do we—but they have DRGs, or diagnostic-related groupings, which is really a prospective way of payment. If you go to a hospital in the United States and you have a gall bladder operation, the insurance company and business people will tell you and the hospital what they are willing to pay that hospital for your operation. The hospital has to live within that budget; if they exceed it, they eat it. That is prospective payment rather than retrospective, which is the norm in this country.

They have health maintenance organizations; they have preferred provider organizations. They have independent physician practice associations and primary care networks. We are following along blindly. We have now case-mixed

[Translation]

éliminer les primes mais aussi, à mon avis, pour que les entreprises participent à la gestion du système. Quand les chefs d'entreprise recevront en fin d'année leurs états de compte, ils verront très bien ce que leur coûte la santé. Or, ils commencent à subir la concurrence des Américains, dans le cadre du libre-échange, lesquels sont loin d'investir les mêmes sommes dans le secteur de la santé. Les entrepreneurs canadiens vont donc se mettre à bramer qu'ils ne peuvent plus se payer ce genre de luxe. Voilà probablement ce qui explique la nouvelle taxe ontarienne de la santé.

On entend dire aujourd'hui au Canada qu'à la fin des années 70 ou au début des années 80, quand Chrysler était au bord de la faillite, Iaccoca et Califano ont constaté que près de 700\$ du prix de chaque automobile est destiné aux prestations de santé. C'était la vraie raison des insuccès de Chrysler. C'était le double de ce que cela coûtait aux Français et aux Allemands, et le triple de ce que cela coûtait aux Japonais.

Ils sont donc allés voir Ronald Reagan et ils ont entrepris une grosse campagne de pression. On a donc mis en place un système de gestion des soins et en quelques années, la structure normale du pouvoir dans le système de santé a été complètement renversée. Le triangle du haut reflète la situation qui prévalait au début des années 80, où vous avez d'abord les médecins, puis les hôpitaux, puis les cadres financiers. Aujourd'hui, aux États-Unis, ce sont les cadres financiers qui tiennent le haut du pavé, et les médecins sont tout en bas de la pyramide, et ils n'en sont pas encore revenus.

Examinez la partie gauche de la diapositive, vous y trouvez en rouge ce qu'ils appellent la tarification à l'acte non gérée, c'est-à-dire les médecins individuels de pratique privée qui font plus ou moins la même chose que leurs homologues du Canada. En 1988, seulement 28 p. 100 des médecins américains travaillaient de manière complètement indépendante et autonome. Autrement dit, les médecins américains ont perdu leur autonomie, et le pourcentage est probablement encore moins élevé aujourd'hui. Je me suis laissé dire qu'il y a deux ans, près de la moitié des diplômés de toutes les écoles de médecins des États-Unis ont été recrutés par des services de gestion commerciale de la santé.

On découvre toutes sortes de choses absolument merveilleuses aux États-Unis. On y a inventé plus de systèmes de gestion des soins que je ne l'aurais jamais cru. On y trouve toutes sortes de cibles. Il y a la tarification à l'acte, comme chez nous, mais il y a aussi des GRD, groupements reliés au diagnostic, qui représentent en fait une forme de paiement à l'avance. Aux États-Unis, si vous allez dans un hôpital pour une opération de la vésicule biliaire, la société d'assurances et les gestionnaires vous diront, à vous et à l'hôpital, combien ils sont prêts à payer pour cela. L'hôpital devra donc respecter ce budget. S'il le dépasse, tant pis pour lui, il paiera l'excédent lui-même. Voilà ce qu'on appelle le paiement prospectif plutôt que rétrospectif, qui est la norme dans notre pays.

Il y a aux États-Unis des organisations de maintien de la santé: il y a aussi des organisations de fournisseurs préférentiels. Il y a des associations de médecins indépendants, et des réseaux de soins primaires. Et nous

[Texte]

groupings, which is the Canadian DRGs. We have HSOs and CHCs, which are community health centres. I think that is a variant of something that is currently in Quebec, and we have them here in Ontario.

Here in Ontario we are now inventing the Canadian HMO and we are calling it the "Comprehensive Health Organization". The concept there is that people will register with this organization and the organization will be funded the total amount of money the government expects to spend on that person in the year. In other words, if you have 30,000 registrants and you have \$2,000 each, you will have a budget of \$60 million. You will have to purchase everything as the organization, including drugs, doctors, hospitals, nursing homes, operations, home care. The concept is that this will make the organization very astute as far as management is concerned.

All of this looks wonderful, but the horrible fact is that in the States, at least, it has not worked.

If 1984-85 was the cross-over year, it is obvious that the Americans are now worse off. In 1985 they were expanding their programs at CPI. They are now growing at two times CPI. This year it will exceed \$660 billion. I would suggest it is not going to be 12% GNP, because their GNP is faltering; it will more than likely reflect 13% or 14% GNP.

I do not like using GNP percentages because it does not tell me very much. If the country is healthy, it looks like a low number; if the country is sick, it is a high number. The cost is per capita. The Americans are now well over \$2,000 per person on health care expenditures, and that does not include the 40 million people who do not get any care.

If Chrysler had trouble in 1981 at \$700 per car, they are in really deep trouble at well over \$1,600 per car. In fact, I would not keep my Chrysler stocks because Chrysler has major problems in an aging work force. The big issue in the States in their bargaining is no longer wages, it is retirement. They spent over \$684 million on their employees last year on health care, and General Motors spent over \$3 billion on health care benefits.

Hospital costs in the States, which seemed to level off—there is a dip around 1987-88—with DRG prospective funding, is now climbing again as the hospital administrators have found ways to get around prospective payment.

[Traduction]

suivons tout cela comme de vrais moutons. Nous avons maintenant des groupes de cas mixtes, qui sont des GRD canadiens, et nous avons des HSO et des CSC, des centres de santé communautaires. Je crois que c'est une variante de quelque chose qui existe actuellement au Québec, et nous commençons à en voir en Ontario.

Dans ma province, nous sommes en train d'inventer l'OGS canadienne, que nous appelons «Organisation globale de la santé». Dans ce système, l'individu s'enregistre auprès d'une organisation, et celle-ci reçoit du gouvernement le montant total d'argent que le gouvernement s'attend à dépenser pour cette personne durant l'année considérée. Autrement dit, si vous avez 30,000 inscrits et que vous recevez 2,000\$ par tête, vous avez un budget de 60 millions de dollars. A vous de faire avec pour acheter vos médicaments, payer vos docteurs, construire vos hôpitaux, vos foyers de retraite, vos soins domiciliaires, vos opérations, etc. L'idée fondamentale de ce système est que les organisations seront obligées de très bien gérer leurs affaires.

Bon, tout cela paraît très brillant sur le plan théorique mais, en pratique, l'horrible réalité est que cela n'a pas marché aux États-Unis.

Si on prend 1984-1985 comme année de référence, lors du remplacement d'un système par l'autre, on constate que la situation s'est détériorée. En 1985, les coûts de la santé augmentaient aux États-Unis au même rythme que l'IPC. Aujourd'hui, le taux d'augmentation est double. Cette année, le coût total dépassera 660 milliards de dollars. Il est facile de prévoir que cela sera plus que 12 p. 100 du PNB, du fait de la récession, et que les Américains arriveront probablement plus à 13 p. 100 ou 14 p. 100 de leur PNB.

Je n'aime pas trop utiliser les pourcentages du PNB parce qu'ils ne sont pas très révélateurs. Dans un pays en bonne santé, le pourcentage est faible. Dans un pays malade, il est élevé. A mon avis, le chiffre important est celui du coût par habitant. Aujourd'hui, les Américains sont largement au-dessus de 2,000\$ par personne, au chapitre des dépenses de santé, et cela sans même tenir compte des 40 millions de citoyens qui ne reçoivent aucun soin.

Si Chrysler était en difficulté en 1981 avec 700\$ par voiture, dans quoi sont-ils aujourd'hui, avec plus de 1,600\$ par voiture? En fait, si j'avais des actions de Chrysler, je m'en débarrasserais parce que Chrysler n'a encore rien vu, avec le vieillissement de la population active. Le gros thème de négociation des syndicats aux États-Unis ne concerne plus les salaires mais la retraite. L'an dernier, Chrysler a consacré plus de 684 millions de dollars aux dépenses de santé de ses employés, et General Motors plus de 3 milliards.

Les coûts hospitaliers aux États-Unis, qui semblaient se stabiliser, à la suite du fléchissement de 1987-1988, avec le financement prospectif des GRD, sont repartis à la hausse, maintenant que les directeurs d'hôpitaux ont trouvé des méthodes pour contourner le paiement prospectif.

[Text]

The move to out-of-hospital care, a success story, with 80% of all the things that doctors do to you in the United States now being done out of hospital—and we are promoting more movement out of hospital in all of our reports—has turned into a new problem area with a 30% annual growth in costs. It is like a balloon; if you squeeze it this way, it will pop out somewhere else.

• 0950

We are now, in Ontario, starting to experience the same shift. On the slide, the top bar represents hospitals. In 1976 hospitals used to have 52% to 53% of the total health care dollar in the province. As we move more and more things out of hospitals, they have lost market share, so in 1990 they are looking at 42% or 43%.

The second bar down represents the Ontario Health Insurance Plan, and that is doctors, out-of-province costs, laboratory costs, and a lot of other little things. It is sort of the open-ended part of the health care plan. You will note that it has grown from 22% to over 30%; in other words, we are moving money, just like the Americans, out of the hospital sector into the, as it were, out-of-hospital sector, and it is growing very nicely. Basically speaking, I can tell you that parts of that—for example, the out-of-country, or out-of-province, expenditures, mainly driven by heart surgery, addiction services, and the treatment of the head-injured—are growing at almost 50%.

There is a developing scandal in that area. I chair a committee in Windsor looking at the flow of Windsorites into Detroit, and after nine months I still have not attained the number of people who are going across the border. I have evidence of 115 a year. I think it is going to be almost three or four times that when I get the accurate account.

Anyhow, this is really a crazy system in the States, and it has shown me that you cannot manage this system, because it is not like a real business. The normal rules of supply and demand and competition just do not work. In fact, if you go to the literature then it is there in spades. In 1988, already they were saying it was failing. All sorts of reasons were held up as causative factors, and new approaches were being explored immediately.

This is of course the American experience, and I realize that our system is not like theirs. On the other hand, the committee may wish to read a very short editorial by Dr. Arnold Relman in the October 4, 1990 *New England Journal of Medicine*. In two pages he comes as close to the solution as anyone I have ever read.

[Translation]

La tendance aux soins hors des hôpitaux, qui avait été un succès, étant donné que 80 p. 100 des interventions médicales aux États-Unis se font maintenant à l'extérieur des hôpitaux—et tous nos rapports recommandent le même type d'évolution au Canada—s'est transformée en une nouvelle source de problèmes, puisqu'on y enregistre 30 p. 100 d'augmentation annuelle des coûts. C'est comme une baudruche: si vous appuyez à gauche, ça se gonfle à droite.

On voit maintenant apparaître la même tendance en Ontario. Sur cette diapositive, la barre du haut représente les hôpitaux. En 1976, ils recevaient 52 à 53 p. 100 du budget total de la santé dans la province. Comme on a de plus en plus tendance à agir en dehors des hôpitaux, ceux-ci ont perdu une part du marché et ne reçoivent plus que 42 ou 43 p. 100 en 1990.

La deuxième barre représente le Régime de l'assurance-santé de l'Ontario, c'est-à-dire les coûts des médecins, les coûts des services hors province, les coûts des laboratoires, et toutes sortes d'autres coûts connexes. C'est en quelque sorte la partie sans limite de l'assurance-santé. Vous constaterez qu'elle est passée de 22 à plus de 30 p. 100. Autrement dit, tout comme aux États-Unis, nous sommes en train de faire sortir l'argent du secteur hospitalier pour l'injecter dans le secteur extra-hospitalier, qui augmente de manière très satisfaisante, merci pour lui. En fait, je peux vous dire que certaines parties de ce secteur connaissent un taux de croissance de près de 50 p. 100. C'est par exemple le cas des dépenses consacrées aux services rendus hors du pays ou de la province, qui résultent essentiellement de la chirurgie cardiaque, des services de traitement de l'assuétude et des services de traitement des blessures à la tête.

Il y a un scandale qui commence à apparaître dans ce secteur. Je préside à Windsor un comité qui essaie de connaître le nombre d'habitants de la ville qui vont se faire traiter à Détroit. Après neuf mois de recherches je n'ai pas encore réussi à obtenir le chiffre réel. J'ai la preuve qu'il y en a au moins 115 par an, mais je crains que le chiffre final ne soit trois ou quatre fois plus élevé.

Quoi qu'il en soit, les États-Unis en sont arrivés à un système complètement fou, et je suis convaincu qu'il est absolument impossible à gérer, parce que les services de santé ne sont pas des entreprises commerciales comme les autres. Les règles normales de l'offre et de la demande et de la concurrence ne s'y appliquent tout simplement pas, et toutes les études le prouvent. Les analystes disaient déjà en 1988 que le système actuel courait à la catastrophe, et toutes sortes de causes étaient envisagées, alors qu'on commençait à rechercher de nouvelles solutions.

Bien sûr, c'est l'expérience américaine que je viens d'exposer, le système canadien n'est pas le même. En revanche, votre comité souhaitera peut-être lire un très bref éditorial du D^r Arnold Relman, publié le 4 octobre 1990 dans le *New England Journal of Medicine*. Vous y trouverez, en deux pages, la meilleure solution que personne ait jamais proposée.

[Texte]

His point, very nicely put, is that no government or third-party carrier should ever introduce a universal health care system where the people are not locked into prepaid clinics and get away from retrospective fee for service. That, by the way, is in the reference page at the back of your hand-out. But that is another lecture and I am sure we could spend all day talking about that.

What is left? Is there any solution to our problems here in Canada? I think there is, and again it is an American idea. It probably will not work there, but I would suggest to you that it stands a good chance of working in Canada if our monopsonistic government—and I do not use that word in a derogatory sense, it is an explanatory sense—see the value of the concept and provide some financial incentives and leadership and let the providers and the consumers get on with making it happen.

This idea is called “outcomes management”, and it is an idea whose time has come and an idea that needs high tech, and the high tech is now available. I will now try to explain this, and hopefully we will be able to do that.

I have had an interesting thing happen to me. If you read my CV, I used to be a general practitioner in a small town in Ontario and worked hard, as all small-town doctors do. I then went to university and got involved in extremely high-tech critical-care emergency medicine. Then I went to the government. I must confess that when I went there I was a typical physician: I had the blinders on. It took me seven years out of the forest to do a turn-around and look at the trees. When I came back to my university, when I came back to my group of physicians that I am now practising with again, I suddenly realized that they reminded me of a fibrillating heart.

What is a fibrillating heart? If you have a heart attack, most times your heart will stop pumping. What happens is each cell in your heart is capable of pumping itself, but there are millions of heart cells and unless they all work together the heart will quiver, it will not pump. There is lots of activity; those cells are all working like crazy, but there is no pumping.

• 0955

I am sure we could visit every hospital in Ottawa today and there would be thousands of people scurrying around working on health care. The problem is that they are not working together. They are not linked together. Despite their hopes and aspirations to do good, they are frustrated sometimes because of that. That was my experience.

Then I read a Dr. Ellwood Shattuck lecture, another “must read” for this committee, and it is in the references. He noted that the American system, which was in a mess, needed a nervous system. It is the same thing. All the

[Traduction]

Son argument, très clairement exprimé, est qu'aucun gouvernement ou aucune tierce partie ne devrait jamais mettre sur pied un système de soins de santé universel dans lequel les gens ne sont pas liés à des cliniques rémunérées à l'avance, ce qui permettrait d'abandonner le système de rémunération rétrospective à l'acte. Vous trouverez la référence au dos de la page que j'ai distribuée. Quoi qu'il en soit, c'est une autre question, et je suis sûr que nous pourrions y consacrer toute la journée.

Où en sommes-nous donc au Canada? Y a-t-il une solution à nos problèmes? Je crois que oui et, encore une fois, c'est une idée américaine. Elle ne marchera probablement pas là-bas mais je crois qu'elle a une bonne chance de marcher au Canada, si notre gouvernement monopsoniste—et je ne dis pas cela dans un sens critique mais plutôt dans un sens explicatif—réussit à comprendre l'intérêt du concept et à fournir les incitations financières et le leadership qui permettront aux fournisseurs de soins et aux consommateurs de le mettre en place.

L'idée dont je parle est celle de la «gestion des résultats», et c'est une idée dont l'heure est venue car elle exige des technologies de pointe qui sont aujourd'hui disponibles. Je vais tenter de vous l'expliquer.

Avant cela, je vais vous raconter une histoire intéressante. En lisant mon curriculum vitae, vous constaterez que j'étais autrefois médecin généraliste dans une petite ville de l'Ontario, où je devais travailler dur, comme tous les médecins des petites villes. Je suis ensuite allé à l'université où je me suis occupé de médecine d'urgence et de soins critiques avec une technologie hyper-moderne. Je suis ensuite entré au gouvernement et je reconnais que j'étais alors un médecin typique, avec de bonnes oreilles bien larges. Il m'a fallu sept ans de marche dans la forêt pour réussir à voir les arbres. Quand je suis retourné à l'université et que j'ai retrouvé le groupe de médecins avec lequel j'ai recommencé à pratiquer la médecine, j'ai d'un seul coup réalisé qu'ils me faisaient penser à un cœur en fibrillation.

Qu'est-ce qu'un cœur en fibrillation? Dans une crise cardiaque, la plupart du temps, le cœur s'arrête de pomper. Ce qu'il se passe, c'est que chaque cellule du cœur est capable de pomper elle-même, mais comme il y a des millions de cellules cardiaques, le cœur ne peut pomper si elles ne travaillent pas toutes ensemble. Dans un tel cas, le cœur frémit. Il règne donc une activité fébrile: ces cellules sont toutes extrêmement actives, mais le cœur ne bat pas.

Je suis sûr que si l'on pouvait faire aujourd'hui une tournée de tous les hôpitaux d'Ottawa, on verrait des milliers de travailleurs de la santé se précipiter dans tous les sens. Le problème, c'est que ces gens-là ne sont pas reliés entre eux. Malgré leurs espoirs et leurs aspirations et malgré leur désir de faire du bien, ils éprouvent parfois à cause de cela un sentiment de frustration. C'est ce que j'ai pu constater personnellement.

J'ai eu l'occasion de lire le texte d'un exposé du Dr Ellwood Shattuck, autre texte que les membres du comité doivent absolument lire et qui est signalé dans les ouvrages de référence. Ce docteur a dit que le système américain au

[Text]

American doctors, hospitals, nurses, administrators were quivering away. He said we needed to link them together so we could begin to do outcomes management. The installation of this nervous system, which will get everybody to work together to give us better health care, is basically what is needed.

He says that if you are going to do something to somebody, you should measure the impact of that intervention on the resulting change in the quality of life, something we do not do. We keep records, but they are not linked together. Those 8,700 pump bypass procedures? I do not know what happens after the people leave the hospital, and I cannot tell you whether there is good value for dollar. In other words, we should not do something to a patient unless there is a corresponding worthwhile improvement in their health status.

Doctors and patients need to know the results of these interventions so that if you do go to the doctor and decide to have surgery, you should be as fully informed of all the possibilities and outcomes. You can then make an appropriate management decision about your sickness and your wellness, because one of the determinants of health is that you make your own decisions. I would suggest you need the information to do that.

We keep talking about informed consumers, but I can tell you that in Ontario, at least, we do not have any data on outcomes. When I was with the Ontario government I was in charge of the emergency health services system for this province for seven years. When I went there in 1981, the first thing I realized was that the government did not know what was happening on the emergency side of things. We were not tracking the six million visits to emergency rooms. We had minimal data on ambulance trips. We just did not know what was happening. In fact, I also found, much to my chagrin, that all the Ontario government really knew in 1981 about the hospitals was that they cashed the cheque that was sent to them every year. As to what they were doing with it, who knew?

I began to do surveys of the emergency rooms, and I began to ask them questions about quality assurance. Are you doing quality assurance? Are you doing outcomes reviews? Can you tell me that your care is good? Even in 1987, of 203 emergency rooms, only 31 were attempting once a year to do quality assurance. So I can reassure you that we do not know what is going on, at least in our emergency rooms. It is probably very little better in the hospital itself.

As a result, without this data, without these decisions, we have a mess. As Dr. Ellwood says, in the States you have patients who are confused, who have weird and wonderful demands. For example, again, using the heart reference from

[Translation]

sein duquel règne la pagaille, avait besoin d'un système nerveux. C'est la même chose. Tous les médecins, tous les hôpitaux, toutes les infirmières et tous les administrateurs américains s'agitent dans tous les sens. Il a dit qu'il fallait établir des liens entre eux pour pouvoir se mettre à faire de la gestion par les résultats. Ce qu'il faut faire essentiellement, c'est installer ce système nerveux qui permettra à tous de collaborer pour nous donner de meilleurs soins médicaux.

D'après lui, quand on compte pratiquer une intervention sur un malade, il faut évaluer les conséquences de cette intervention sur la qualité de la vie, ce que nous ne faisons pas. Nous tenons des dossiers, mais ils ne sont pas reliés entre eux. On a pratiqué 8,700 pontages? J'ignore ce que deviennent les patients lorsqu'ils sont sortis de l'hôpital et je suis incapable de vous dire s'ils en ont eu pour leur argent. Autrement dit, il ne faudrait pratiquer aucune intervention sur un malade si celle-ci n'entraîne pas une amélioration notable de son état de santé.

Les médecins et les patients doivent connaître les résultats de ces interventions; lorsque vous allez trouver le médecin et que vous décidez de subir une intervention chirurgicale, vous devriez être le mieux informé possible sur toutes les possibilités et sur les résultats. Cela vous permettrait de prendre votre santé en main et de prendre une décision en toute connaissance de cause car c'est à vous de prendre les décisions dans ce domaine. Pour cela, il faut avoir des renseignements.

On ne cesse de parler de consommateurs bien informés, mais je vous assure qu'en Ontario du moins, nous ne possédons pas de données sur les résultats. Lorsque je travaillais pour le gouvernement de l'Ontario, j'ai été chargé pendant sept ans de diriger les services d'urgence. Lorsque je suis allé travailler pour le gouvernement, en 1981, la première chose dont je me suis rendu compte, c'est que le gouvernement ignorait ce qui se passait du côté des services d'urgence. Les six millions de personnes qui étaient venues dans les salles d'urgence n'avaient pas été suivies après leur départ. Nous avions très peu de données sur les services d'ambulances. Nous ne savions pas ce qui se passait. En réalité, j'ai constaté également à ma grande déception que tout ce que le gouvernement de l'Ontario savait au sujet des hôpitaux en 1981, c'est qu'ils encaissaient le chèque qu'on leur envoyait chaque année. Il ignorait ce qu'ils en faisaient.

Je me suis mis à faire des sondages sur les salles d'urgence et à poser des questions au sujet du contrôle de la qualité. J'ai demandé aux responsables s'ils effectuaient un contrôle de la qualité. Je leur ai demandé s'ils examinaient les résultats. Je leur ai demandé s'ils pouvaient m'assurer que leurs services étaient efficaces. Même en 1987, sur les 203 salles d'urgence qui existaient, 31 seulement essayaient de faire un contrôle de la qualité une fois par an. Je puis donc vous affirmer que nous ignorons ce qui se passe, du moins dans nos salles d'urgence. Ce n'est probablement guère mieux en ce qui concerne l'hôpital proprement dit.

Par conséquent, du fait que nous n'avons pas ces données, que nous n'avons pas pris ce genre de décisions, c'est la pagaille. Comme le dit le Dr Ellwood, aux États-Unis, il y a des malades qui ne savent plus à quel saint y

[Texte]

my experience in Windsor, despite the fact that heart bypass surgery will improve longevity only in about 20% to 30% of the cases, almost 100% of the people it was done to thought their life depended upon the surgery. In fact, 70% of the surgery is for palliation only.

I must confess that in a managed system, if somebody is going to have palliation from that surgery, I would have to look at the other lists of palliation surgery, such as hips and eyes and other things like that, and determine who gets the surgery when. There should be no difference in the waiting lists for any of those surgeries. So we have consumers who are uninformed and therefore anxious and very difficult to work with.

• 1000

Governments, funders, and media are skeptical. Doctors, and I am one of them, are confused too. Basically, we are very frustrated, do not know what to do, very much confused, because we all like to think that everybody loves us and every time I pick up a journal or a newspaper people are beginning to not love me, and that really bothers me.

Finally, if you are a health care administrator, that is a really wonderful job. The half-life for a health care administrator in Toronto is now about 2.5 years, and these people have a very difficult time trying to deal with the angry patients on one side, the angry doctors on the other side, the angry board on this side. In fact, they do not have any money and it is not a good job.

To make outcome management work, you need four things. You need to start to make things called guidelines. I will talk about that a bit in a minute. Standards and guidelines—if you are going to measure your intervention, you have to have something to measure it against. You have to have ongoing measurement. I was told that Dr. Naylor presented here. Dr. Naylor is an epidemiologist and these are few and far between, these people. The ability to measure the system is just now coming on line in the persona of Naylor and Detsky and Lomas and Stoddart. I do not know if they have presented here, but I would not doubt they have.

We need data sets, powerful data sets that are going to be in place so that we can capture the data and analyse it. And finally, after you analyse it, we have to get the information back out into the medical community so that the patients and the doctors and the nurses can work with the data and improve the care.

There is all kinds of activity now on guidelines and standards. In fact, about a year ago the Canadian medical establishment seemingly started to consider the establishment of guidelines and standards as a good thing. In the United

[Traduction]

vouer, des malades qui ont des exigences bizarres et fantastiques. Je citerai un exemple tiré de mon expérience personnelle à Windsor, dans le domaine cardiaque; bien que les pontages accroissent la longévité dans seulement 20 ou 30 p. 100 des cas, pratiquement toutes les personnes qui ont subi une telle intervention pensaient que leur vie en dépendait. En réalité, 70 p. 100 des interventions sont faites uniquement à titre palliatif.

Je dois avouer que dans un système bien organisé, avant de prendre la décision de faire une telle intervention sur quelqu'un à titre palliatif, je devrais examiner les listes de personnes ayant subi d'autres sortes d'interventions chirurgicales à titre palliatif, comme des interventions au niveau des hanches et des yeux, et ainsi de suite. Les listes d'attente devraient être les mêmes. Les consommateurs ne sont donc pas bien informés; ils sont par conséquent angoissés et il est très difficile de travailler avec eux.

Les pouvoirs publics, ceux qui financent les services médicaux et les médias sont sceptiques. La confusion règne également dans l'esprit des médecins, dont je suis. Nous sommes très frustrés, nous ne savons que faire, notre esprit est confus, parce que nous nous plaignons tous à croire que tout le monde nous aime, et chaque fois que j'ouvre une revue ou un journal je constate que les gens commencent à ne plus m'aimer, ce qui me préoccupe.

Enfin, le travail d'administrateur médical est vraiment fantastique. La demi-vie d'un administrateur médical de Toronto est actuellement d'environ deux ans et demi; les administrateurs médicaux ont beaucoup de difficultés car ils sont pris entre la colère des malades d'une part, celle des médecins d'autre part et aussi celle du conseil de gestion du gouvernement. En réalité, ils n'ont pas d'argent et ce n'est pas une bonne situation.

Il faut réunir quatre conditions pour que la gestion par les résultats porte ses fruits. Il faut se mettre à établir ce que l'on appelle des directives. J'en parlerai dans une minute. Si l'on veut évaluer son intervention, il faut avoir des points de repère; il faut donc des normes et des directives. Il faut un système d'évaluation permanente. Le Dr Naylor a, paraît-il, fait un exposé devant le comité. Le Dr Naylor est un épidémiologiste et je vous assure que c'est une espèce rare. On commence seulement à pouvoir mesurer le système grâce à M. Naylor, à M. Detsky, à M. Lomas et à M. Stoddart. J'ignore s'ils sont tous venus témoigner devant le comité, mais je n'en douterais pas.

Il nous faut des ensembles de données; il faut établir des ensembles de données pour nous permettre d'obtenir les données dont nous avons besoin et de les analyser. Une fois l'analyse terminée, il faut communiquer les informations aux milieux médicaux pour permettre aux malades, aux médecins et aux infirmières de s'en servir et d'améliorer les soins.

On est en train d'établir actuellement toutes sortes de directives et de normes. Il y a environ un an, l'élite médicale s'est mise apparemment à envisager qu'il serait bon d'établir des directives et des normes. Aux États-Unis, la Commission

[Text]

States, the Physician Payment Review Commission—and I would suggest you may want to explore their literature because I think the American federal government has spent well over \$10 million in preparing documentation for that standing committee of the American government—has made these recommendations regarding practice guidelines. As you can see, they should be from the most current, up-to-date research. These are not rigid, cast-in-concrete standards. Doctors will tell you that is cookbook medicine. Not if they follow these types of rules. And if these are incorporated into doctors' practices and the patients can use them and they are up-dated currently every month or year or whatever, then basically this is good management.

The Americans, by the way, have now set aside over \$30 million to develop guidelines for six conditions that make up 50% of all the surgical procedures done in the American situation. Things such as low back pain, uterine conditions and prostate operations are big on their list.

The big issue is: who should set the guidelines? Now that the leaders of the physicians' groups have bought into it, there is now a great war going on as to who should write the guidelines. Should it be the physicians? Should it be the associations, the colleges, the universities, the governments? Dr. Barkin, the Deputy Minister of Health in Ontario, is stirring them on. He wants guidelines and he is saying, if you do not hurry up, I will write them for you. That scares doctors in Ontario because they know he is quite capable of doing it, and that is very threatening.

I would suggest on the other hand, and I would hope, the physicians and the administrators and the nurses will work together and do this because they see the inherent value in the activity rather than having it forced down their throats. If it is forced down their throats, just like in the American system, it will not work because doctors and nurses and administrators and health care workers do not like to be policed. They like their autonomy.

The big stumbling block will be collecting data. I can tell you that in 1911, when Dr. Cabot, the then medical officer of health for Boston, was asked what he needed to do to improve the health of the citizens of Boston, he said "I really do not have a clue because I do not know what is going on in Boston". That was in 1911. I would think we are a little better off in 1990, although I must confess, again drawing on my experience in Ontario, that two weeks ago in Windsor I was still unable to ascertain the burden of cardiovascular disease in that community. Thus the committee I chair is still perplexed as to the need for a heart bypass facility in that community. But that is community data. Maybe things are better in our hospitals.

[Translation]

de révision de la rémunération des médecins *Physician Payment Review Commission* a fait des recommandations dans ce sens et je vous conseillerais d'examiner la documentation de cette commission car le gouvernement américain a dépensé, si je ne m'abuse, bien plus de 10 millions de dollars pour préparer la documentation de cette commission. Comme vous le savez, il faudrait se baser sur les résultats des toutes dernières recherches. Il ne s'agit pas de normes rigides, immuables. Les médecins vous diront que c'est pratiquer la médecine en se basant sur des recettes. Ce n'est pas le cas si l'on suit ce genre de règles. Si les médecins se mettent à appliquer ces normes et si les malades peuvent les utiliser, c'est de la saine gestion, pour autant que ces normes soient mises à jour régulièrement, une fois par mois, une fois par an ou que sais-je encore?

Soit dit en passant, les Américains ont débloqué une somme de plus de 30 millions de dollars pour établir des directives sur six maladies qui représentent la moitié de l'ensemble des interventions chirurgicales effectuées aux États-Unis. Des problèmes comme les lumbagos, les maladies de l'utérus et les opérations de la prostate viennent en tête de liste.

La question, c'est de savoir qui devrait établir les directives. Maintenant que les dirigeants des associations de médecins ont accepté l'idée, on se bat pour savoir qui devrait les rédiger. Les médecins? Les associations, les collègues, les universités, les gouvernements? Le Dr Barkin, sous-ministre de la Santé de l'Ontario, les bouscule. Il veut des directives et il dit que si l'on ne se presse pas, il les rédigera lui-même, ce qui effraie les médecins de l'Ontario parce qu'ils savent qu'il est bien capable de le faire, ce qui est très menaçant.

Par ailleurs, j'espère bien que les médecins et les administrateurs ainsi que les infirmières se serreront les coudes pour faire le travail, sans attendre qu'on leur impose des directives, parce qu'ils connaissent la valeur inhérente à cette activité. Si on leur impose des directives de force, cela ne marchera pas parce que les médecins, les infirmières, les administrateurs et les travailleurs de la santé n'aiment pas qu'on leur dise ce qu'ils doivent faire. Ils aiment garder leur autonomie.

Le gros problème, ce sera la collecte des données. En 1911, lorsqu'on a demandé au Dr Cabot, médecin-hygiéniste de la ville de Boston, ce qu'il fallait pour améliorer la santé des citoyens de cette ville, il a répondu ceci: «Je n'en ai pas la moindre idée pour la bonne raison que j'ignore ce qui se passe à Boston». C'est en 1911 qu'il a dit cela. J'ose espérer que la situation s'est légèrement améliorée en 1990, mais je dois avouer, me basant encore une fois sur mon expérience en Ontario, qu'il y a deux semaines, j'étais encore incapable de savoir quelle était l'incidence des maladies cardio-vasculaires à Windsor. Le comité que je préside ne sait toujours pas très bien s'il est nécessaire d'avoir une installation pour faire les pontages dans cette agglomération. Il s'agit toutefois de données communautaires. Peut-être que c'est mieux dans nos hôpitaux.

[Texte]

[Traduction]

• 1005

I am sure if Florence Nightingale were alive today she might be in a better position. She said back in the 1800s, "In scarcely an instance have I been able to obtain hospital records fit for any purpose of comparison. If they could be obtained then maybe we could answer a lot of questions. Are they getting value for dollar? Where is the money?" This is back in the 1800s. This sounds very similar to what is going on now.

I would suggest that she probably would not be any better off in Canada in 1990. Governments have controlled health care costs with blunt instruments like global budgets, negotiations with the hospitals, the doctors and the nurses, and limited high tech. We have administered the system. We have not managed it. I would suggest that good data bases conducive to precise analysis and management of our hospitals are not in place because of that.

Now we are being asked to manage, to do utilization review, to do quality assurance, to do outcomes review. Everyone is scurrying around computerizing, and I use the word "scurrying" because there is no game plan. Every hospital is running out and buying computers of all varieties. In some cases they are successful. In other cases they are into their third system and are still not operational.

I can tell you that in our provincial government when I was trying to computerize, I would go to the management board of Cabinet saying I wanted to buy computers to save money. That was the standing joke at the management board. They would think that was the funniest thing known to mankind. "You're going to save money with computers, ha, ha, ha!"

Maybe it is not too late. Maybe we should pause and think about what we are doing. If we really want to create guidelines, to analyse the results of our health intervention against these guidelines, and to send the results of those analyses back to the patient-provider interface, we had better get together and not allow this to happen.

We are going to require massive interrelational data sets that are compatible across this country, appropriate to the needs of the people, fully funded—not just one-time funding, but massive and long term.

I would also suggest that we are in a more advantaged position than the Americans if we set out to do this, because we do have a monopsonistic payer, meaning the government. If you go to the United States where there are 30, 40, 50 payers involved with every hospital, it will be a Tower of Babel to get them to work together. Our country may be vast, but we are linked already in an extensive electronic information network. We already have the technology. We have the expertise. What we need is the leadership of government across the country to standardize our informational needs.

Je suis certain que si Florence Nightingale était en vie à l'heure actuelle, elle serait mieux placée pour juger de la situation. Voici ce qu'elle a dit dans le courant du XIX^e siècle: «Il m'est très rarement arrivé de pouvoir obtenir des dossiers d'hôpitaux qui permettent de faire la moindre comparaison. S'il y en avait, nous pourrions peut-être répondre à beaucoup de questions. Les malades en ont-ils pour leur argent? Où est l'argent?» Elle disait cela dans le courant du XIX^e siècle. La situation était apparemment très semblable à la situation actuelle.

Elle n'aurait probablement pas été mieux au Canada en 1990. Les gouvernements ont restreint les coûts des services médicaux en ayant recours à des instruments peu efficaces comme des budgets globaux, des négociations avec les hôpitaux, les médecins et les infirmières et en faisant intervenir un peu la technologie de pointe. Nous avons administré le système. Nous ne l'avons pas géré. C'est à cause de cela qu'il n'existe pas de bonnes bases de données permettant de faire une analyse précise de la situation et de bien gérer nos hôpitaux.

On nous demande maintenant de gérer, de faire un examen de l'utilisation des services, de faire du contrôle de la qualité, de vérifier les résultats. Tout le monde se précipite dans tous les sens pour informatiser et je dis cela parce qu'il n'existe pas de plan d'ensemble. Tous les hôpitaux se précipitent pour acheter des ordinateurs de toutes les sortes. Certains obtiennent de bons résultats. D'autres en sont à leur troisième système et cela ne fonctionne toujours pas.

Je peux vous dire qu'au gouvernement provincial, lorsque j'essayais d'informatiser, je suis allé trouver le Conseil de gestion du gouvernement pour lui dire que je voulais acheter des ordinateurs afin d'économiser de l'argent. C'était un sujet de dérision permanent au sein du Conseil. Nombre pensaient que c'était tout ce qu'il y avait de plus comique. «Vous allez économiser de l'argent grâce aux ordinateurs, ah, ah, ah!»

Il n'est peut-être pas trop tard. Nous devrions peut-être réfléchir à ce que nous faisons. Si nous voulons vraiment créer des directives, analyser les résultats de notre intervention médicale en nous basant sur elles et communiquer les résultats de ces analyses à ceux qui s'occupent des malades, nous ferions mieux d'essayer ensemble de redresser la situation.

Nous allons avoir besoin d'innombrables ensembles de données interdépendantes qui sont compatibles dans tout le pays et qui répondent aux besoins de la population et il faut un système de financement permanent, pas un financement unique, mais des crédits énormes, pendant une longue période.

Je trouve que nous sommes avantagés par rapport aux Américains si nous nous mettons à faire cela, car nous avons un seul payeur, le gouvernement. Aux États-Unis, pour chaque hôpital, il y a 30, 40 ou 50 payeurs différents; c'est une véritable tour de Babel et il est difficile de faire travailler tout le monde ensemble. Notre pays est peut-être vaste, mais nous sommes déjà en liaison au sein d'un réseau informatique étendu. Nous avons déjà la technologie. Nous avons l'expertise. Ce qu'il nous faut, c'est que le gouvernement ouvre la voie dans tout le pays pour normaliser nos besoins d'informations.

[Text]

Funding and incentives must be provided by governments to ensure that the process of outcomes management gets underway on a unified national level. Research dollars must be provided to support health systems analysis and guideline development. I would suggest to a level comparable to that provided for basic health scientific research, until we find answers to our many problems with health care systems.

If we keep funding the high-tech side of things it will just compound the problems, because we have never learned to manage the tech we have already.

Some kinds of records such as these, which are very common in the clinics in our country, are no longer appropriate. This is a wall of records in a family practice teaching unit in a university teaching hospital with eight teaching practices. There are 25 years of health care experience in that wall of records. I call it the wall of ignorance, because this priceless experience that cannot be duplicated is lost to anything but tedious, manual analysis. That is why these people will come running looking for research dollars. We need to hire another researcher to count the data in the records—that is what it comes down to.

• 1010

If family physicians, a resource this country is richly endowed with, are to do their jobs as systems gatekeepers, they need help. They need accurate data, practice guidelines, expert systems, and they need the right incentives to make them do the job.

It is getting very complicated out there in health-care land. This is from Dr. Adam Linton. He is on the executive of the OMA and he is the incoming president for next year. He stood up in public and said he cannot keep up any more. It is impossible for me to keep up any more. I cannot read the stuff that keeps pouring in the doors.

The latest deal is for unsolicited, non-peered reviewed journals to be sent to my office. Every day I get a new journal. Volume 1, No. 1 of *Respirology for Canada*, Volume 1, No. 1 of *Women's Health Care Issues for Canada*—these are all coming from the same mailing address in Quebec and they are all sponsored by a drug company, depending on what drug they are flogging in that particular journal. It is very subtle and very well done. These things are pouring in on top of my ethical journals and on top of everything else. It is almost to the point of despair.

I would also suggest that when I do not know what to do and when I have an inkling that there might be a solution somewhere in the back of my mind, I will probably do more. It is not because I am wasteful but because I really do not know what is right, and therefore I do more. This, by the way, is the root cause of some of your problems in this country.

[Translation]

Il faut que les pouvoirs publics accordent des crédits et des avantages pour veiller à ce que le système de gestion par les résultats soit appliqué de façon uniforme dans tout le pays. Il faut accorder des crédits à la recherche pour financer l'analyse des systèmes de santé et établir des directives. Je trouve qu'il faudrait des crédits comparables à ceux qui sont consacrés à la recherche scientifique fondamentale dans le domaine de la santé, jusqu'à ce que nous trouvions une solution aux nombreux problèmes qui se posent dans les régimes de soins de santé.

Si nous persistons à financer la technologie de pointe, nous ne ferons qu'aggraver le problème, car nous n'avons jamais appris à gérer la technologie que nous possédons déjà.

Certains dossiers comme ceux-ci, que l'on trouve très couramment dans les cliniques de notre pays, ne suffisent plus. Dans le service d'un hôpital d'enseignement universitaire où l'on enseigne la médecine familiale, il existe tout un mur de dossiers. Tous ces dossiers représentent 25 années d'expérience dans le domaine des services de santé. Je l'appelle le mur de l'ignorance car l'expérience extrêmement précieuse qu'il représente ne peut pas être reproduite parce que le seul moyen d'en profiter, c'est de faire une analyse manuelle fastidieuse. C'est pourquoi ces personnes essaieront d'obtenir des crédits de recherche, mais nous avons besoin d'engager un autre chercheur pour compter les données qui se trouvent dans les dossiers; c'est à cela que cela revient.

Si l'on veut que les médecins de famille, qui sont nombreux dans ce pays, fassent leur travail de contrôleur, ils ont besoin d'aide. Ils ont besoin de données exactes, de directives précises, d'expertise et il faut les motiver pour qu'ils fassent le travail.

La situation devient très compliquée dans les milieux de la santé. C'est ce qu'a dit le docteur Adam Linton, qui est directeur général de l'Association des médecins de l'Ontario et qui en sera le président au cours de l'année prochaine. Il a déclaré publiquement qu'il n'arrivait plus à se tenir au courant. Je n'y arrive plus non plus. Je n'arrive pas à lire tous les documents que je reçois continuellement.

Le dernier coup qui m'est arrivé, c'est que j'ai reçu à mon cabinet, sans avoir demandé, des revues qui n'avaient pas été révisées par des collègues. Je reçois une nouvelle revue tous les jours. Volume 1, n° 1 de *Respirology for Canada*, Volume 1, n° 1 de *Women's Health Care Issues for Canada*, revues qui viennent toutes les deux de la même adresse postale, du Québec, et qui sont toutes deux commanditées par une société pharmaceutique, selon le médicament qui est «vendu» dans la revue. C'est une tactique très subtile et c'est très bien fait. Je reçois tout cela en plus de mes revues de déontologie et de tout le reste. C'est presque désespérant.

Lorsque je ne saurai que faire et que j'aurai l'impression de pouvoir trouver une solution, je ferai probablement davantage. Ce n'est pas que j'aime gaspiller, mais comme je ne sais pas vraiment ce qu'il faut faire, j'en fais plus. Soit dit en passant, c'est la cause principale de certains des problèmes qui se posent dans ce pays.

[Texte]

CAD/CAM—computer-assisted design and computer-assisted machining—which is so valuable to industry. . . I have changed to computer-assisted doctoring and computer-assisted medicals. We need this. If health care workers are to do their job they must have expert advice, practice guidelines and therapeutic information that is current, appropriate and to the point. It has to be there to share with you, the consumer.

All the parts for such a system are available, it is just a matter of putting them together. There are computers, networks and point-of-contact information systems. There is analysis software and resident expert systems. There is voice dictation and voice computer operation. Smart cards are all on the shelf.

You will note that the Department of Veterans Affairs piloted a Smart Card Project for seniors in North Bay. They loved it. For the first time they had control of their pharmaceuticals. They had their total drug profile on that card—and it is a very simple card. You can have everything on a card, if you want. You can have your drug profile, your last visit to the doctor, your immunization status, your allergies, your X-ray, your ECG, and you carry it with you.

If we want portability in this country, we need a card. Otherwise, how do you carry your health care records? That is why the specialist repeats all the tests when your family doctor sends you there without an ethical letter of referral. That doubles the costs. Then he sends you to another specialist and he repeats the tests. It is a great life if you want to go around having all these tests.

I like smart cards, and not only because I think there are benefits. I think they are something consumers would like. But behind the smart card there is a massive interrelational data set that makes the card work. I want that system, because without it I will not be able to carry out my job as a physician in the next decade.

We are entering an era of assessment and accountability, an era when all of these new words will have great meaning. I gave a talk to my medical staff. The worst horror for any physician is to be invited to talk to the hospital medical staff at the annual staff dinner. I got the job two weeks ago and I gave them a rip-snorting talk. I challenged them, as academics, to rise to the words they had invented. I said now that the government knows the words, they want some product. Well, you have never seen anybody leave the room faster after a meeting. They left the challenge on the floor, and I know that because two days later a lady showed up in my emergency room with a broken ankle. She tripped on it at the same club.

[Traduction]

La conception assistée par ordinateur et la fabrication assistée par ordinateur, qui sont extrêmement précieuses pour l'industrie. . . Je suis passé à la médecine assistée par ordinateur. Nous en avons besoin. Si on veut que les travailleurs de la santé fassent leur travail, il faut qu'ils aient des conseils éclairés, des directives ainsi que des informations à caractère thérapeutique qui soient d'actualité, pertinents et exacts. Il faut qu'on les ait pour pouvoir les partager avec vous, le consommateur.

Nous avons déjà toutes les parties nécessaires pour établir un tel système, il suffit de les rassembler. Il y a des ordinateurs, des réseaux et des systèmes d'information par point de contact. Il existe des logiciels d'analyse et des systèmes experts. Il y a la dictée à commandes verbales et le système de commande des ordinateurs à la voix. On trouve les cartes intelligentes, elles sont toutes au rancart.

Vous constaterez que le ministère des Affaires des anciens combattants a mis en application un projet pilote de cartes intelligentes pour les personnes âgées à North Bay. Les personnes âgées ont adoré ce système. Pour la première fois, ces gens avaient le contrôle sur les produits pharmaceutiques qu'ils prennent. Cette carte contenait leur profil complet sur le plan des médicaments; il s'agissait d'une carte toute simple. On peut mettre tout sur une carte, si on veut. On peut y mettre le profil sur le plan des médicaments, y indiquer la date de la dernière visite chez le médecin, le statut d'immunisation, les allergies, les rayons-X, l'électrocardiogramme, et on a tout sur soi.

Si l'on veut instaurer la transférabilité dans ce pays, il nous faut une carte. Sinon, comment transporter ses dossiers médicaux? C'est pourquoi le spécialiste recommence tous les tests lorsque le médecin de famille vous envoie chez lui sans lui faire parvenir une lettre. Cela double les coûts. Il vous envoie ensuite chez un autre spécialiste qui recommence le test. C'est formidable de faire le tour et de passer tous ces tests.

J'aime les cartes intelligentes, pas seulement parce que je les trouve intéressantes. Je crois que les consommateurs les aimeraient. Derrière les cartes intelligentes, il y a tout un ensemble de données interdépendantes qui permettent d'utiliser les cartes. C'est ce système que je veux, car sans lui je ne pourrai pas exercer mon métier de médecin au cours de la prochaine décennie.

Nous entrons dans une ère d'évaluation et de responsabilité, dans une ère où tous ces nouveaux termes auront beaucoup d'importance. J'ai fait un exposé à mon personnel médical. La pire erreur pour un médecin, c'est d'être invité à prendre la parole devant le personnel médical d'un hôpital à l'occasion du dîner annuel. On m'a demandé de le faire il y a deux semaines et je leur ai fait un petit exposé percutant. J'ai mis ces universitaires au défi de mettre en pratique les termes qu'ils avaient inventés. J'ai dit que maintenant que le gouvernement connaissait les termes, il fallait avoir le produit. Vous n'avez jamais vu des personnes sortir aussi rapidement d'une pièce après une réunion. Ils n'ont pas relevé le défi et ils le savent, car deux jours plus tard, on m'a amené à la salle d'urgence une dame qui avait une fracture de la cheville. Elle s'était blessée dans cette salle-là.

[Text]

[Translation]

• 1015

Anyhow, there will be great debate, and I can tell you already there will be arguments in the press surrounding guidelines—that you cannot do it, that it will be bad for medicine. On and on the story goes. There are blockers already popping up. The leaders of our provincial associations may be promoting these words, but the troops in the main are still not convinced.

The electronification of health data is not going to come easy either. There will be immediate cries of confidentiality, of cookbook medicine, and possible litigation, and these are already coming out. In *The Toronto Star* on Saturday last week there was a big article about the new card in Ontario, that this new card the government has put in place, which I guess you all have if you are from this province, is not a good idea, that it should not have been done, that it was not needed, that it is going to breach confidentiality. And this is a stupid card, by the way, not a smart card.

The moral of the story is that if we have problems with stupid cards, we are going to have trouble with smart cards too, because I can tell you that the old priests in the Temple of Healing, who have a vested interest in keeping the smoke thick surrounding their activities and their worth, are definitely going to do something about blocking this.

Well, we must press on, because no longer can we pay for every intervention that exists. There is, however, ample funding to pay for that which is appropriate and efficacious. It is time, as the Rainbow report from Alberta states, to begin to really find basic coverage. We have the tools and the information to do such a task. Things that have been defined in a new sense should definitely be universal, and accessible, and portable, and all the good words that do make our system unique.

I would suggest that we are on the verge of a renaissance in health care. I hope that we do not have to endure a collapse of the health care empire and a subsequent dark age before we get into that renaissance. With your leadership and encouragement, perhaps we could all be linked across this land. Experience of the physicians and nurses and health-care practitioners could be collected, data shared, analysis and research performed, guidelines written, and as a result the best health care system in the world would continue to be available to our citizens into the next century.

I hope this talk has been of some use, and I look forward to your questions. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Psutka. Certainly the information you have provided us this morning in many aspects is in areas we have not heard before. I think it is certainly an interesting outlook you have provided to us.

De toute façon, on en discutera beaucoup et je peux vous dire d'ores et déjà que les directives soulèveront bien des controverses dans les journaux; on dira que c'est impossible, que ce sera mauvais pour la médecine. C'est toujours la même chose. On voit déjà apparaître des opposants. Les dirigeants de nos associations provinciales feront peut-être de la promotion, mais les troupes en général ne sont pas encore convaincues.

L'électronification des données sur la santé ne se fera pas facilement non plus. On poussera immédiatement des hurlements en disant qu'il sera difficile de les garder secrètes, qu'on pratiquera la médecine en suivant des recettes et qu'il risque d'y avoir des litiges; on commence déjà à entendre des protestations. Dans le *Toronto Star* de samedi dernier, il y avait un grand article sur la nouvelle carte que l'on distribue en Ontario, la nouvelle carte que le gouvernement a instaurée: je suppose que vous la possédez tous si vous habitez cette province; on y disait que ce n'est pas une bonne idée, que l'on n'aurait pas dû faire cela, que ce n'était pas nécessaire, et que dans certains cas, des données confidentielles seront dévoilées. Soit dit en passant, il s'agit d'une carte stupide et pas d'une carte intelligente.

La morale de cette histoire c'est que si nous avons des difficultés à faire accepter ces cartes stupides, nous allons en avoir avec des cartes intelligentes également; je vous certifie que tous les vieux bonzes de la médecine qui ont intérêt à entourer leurs activités et leurs compétences de mystère vont faire quelque chose pour empêcher cela.

Nous devons pourtant persévérer car nous ne pouvons plus payer pour chaque intervention. Nous avons toutefois amplement de fonds pour payer toutes les interventions pertinentes et efficaces. Comme on le dit dans le rapport Rainbow publié en Alberta, il est temps de se mettre à trouver un système de protection de base. Nous avons les moyens et les informations nécessaires pour le faire. Les choses qui ont été définies d'une nouvelle façon devraient être universelles et accessibles; elles devraient être aussi transférables et avoir tous les attributs qui rendent notre régime unique.

Nous sommes à l'aube d'une renaissance dans le domaine des services de santé. J'espère que nous ne devons pas connaître un effondrement de cet empire, suivi d'un âge des ténèbres, avant d'arriver à cette renaissance. Grâce à votre dynamisme et à vos encouragements, nous pourrions peut-être être tous reliés dans ce pays. On pourrait recueillir l'expérience des médecins, des infirmières et des travailleurs de la santé, on pourrait s'échanger des données, faire des analyses et de la recherche, rédiger des directives et les citoyens pourraient par conséquent continuer à profiter du meilleur régime de soins de santé du monde.

J'espère que mon témoignage a été utile et j'attends impatiemment vos questions. Merci.

Le président: Merci beaucoup, docteur Psutka. Vous avez abordé ce matin bien des aspects de la question dont nous n'avions jamais entendu parler. Vous nous avez ouvert une perspective intéressante et surtout vous nous avez

[Texte]

and perhaps more than anything points out the necessity for the changes that are obviously needed within the system. I guess, as members of this committee, it is almost overwhelming when we are trying to deal with the subject-matter that we have provided for ourselves, and the terms of reference.

As members representing various aspects of this country—I think we are representing almost every province, albeit from various parties—we are concerned with the agenda before us. We know there have been countless studies. I am from the province of Alberta. Each of us, I think, represents a province that has had a study, so we are certainly aware of the almost overwhelming situation facing not only the committee but also the system, and you pointed much of that out.

Obviously, we are going through a change, and whether it is in medicine—I think you alluded to the globalization, and it does not seem to matter what area it is in, whether it is in trade, in commerce, in agriculture—we are going through some very difficult times, and change is always disconcerting for most of us, and whether we like it or not, as Canadians we are having to face this.

I do thank you very much, doctor, and with that, we would move on to a round of questions.

• 1020

With that, we would move on to a round of questions.

Mr. Halliday (Oxford): Mr. Chairman, I would like to thank Dr. Psutka for being with us. I have heard him once before, and I was very much challenged by him at that time and thought he could provoke this committee into some serious thinking about its problems. I appreciate the fact that he has come before us today.

I have a couple of questions I need some enlightenment on. In your presentation you talked about basic insured health care services. This intrigues me, because this implies that maybe we are not going to insure all services that are available. I would like to have some clarification, maybe some elucidation, about what you would think would be basic services. What would be and what would not be basic services in terms of what we know today? This intrigues me; and it may be part of the answer to the problem we are having.

Dr. Psutka: Let me try to give you an example. There are services now that are not insured, depending on which province you live in. For example, in my province certain plastic surgical services, cosmetic surgery, are not insured. They are not deemed necessary for the health of the person. On the other hand, if it can be shown that the person's health would suffer because they did not have their nose fixed, or their ears pinned back, then it would be paid for. And that is something we have been doing.

On the other hand, I think we can now come to a point where we can begin to analyse things. I will give you an example that there is in Canada a well-respected body that sits down every few years—epidemiologists and care

[Traduction]

montré qu'il est absolument nécessaire d'apporter certains changements au système. En essayant d'aborder la question dans le cadre de son mandat, le comité s'est attelé à une tâche plutôt accablante. Le comité se demande s'il arrivera à respecter son programme.

Les membres du comité représentent différents aspects du pays; je crois qu'il y a ici des représentants de pratiquement toutes les provinces. Et nous savons qu'il existe d'innombrables études. Je viens de la province de l'Alberta. Chacun d'entre nous représente, je pense, une province qui a fait faire une étude; nous sommes donc conscients de la tâche presque accablante qui attend non seulement le comité mais aussi le système; vous avez d'ailleurs abordé bien des aspects du problème.

De toute évidence, nous sommes en pleine évolution, que ce soit dans le domaine de la médecine, dans le domaine du commerce, dans le domaine agricole; je crois que vous avez parlé de la globalisation. Nous traversons une période très difficile et le changement est toujours déconcertant pour la plupart d'entre nous; que nous le voulions ou non, les Canadiens doivent accepter le changement.

Je vous remercie beaucoup, docteur. Nous allons maintenant passer à une série de questions.

Ça dit, nous allons passer à une série de questions.

M. Halliday (Oxford): Monsieur le président, je tiens à remercier le docteur Psutka d'être parmi nous aujourd'hui. Je l'avais déjà entendu une fois et il m'avait vraiment fort impressionné; je trouvais qu'il pourrait inciter le comité à réfléchir sérieusement aux problèmes qu'il est chargé d'étudier. J'apprécie que le docteur Psutka soit venu témoigner devant nous aujourd'hui.

J'ai deux questions à lui poser, car je voudrais certains éclaircissements. Dans votre exposé, vous avez parlé d'assurance pour des services médicaux de base. Cela m'intrigue, parce que cela sous-entend que vous ne voulez peut-être pas couvrir tous les services qui sont offerts. Je voudrais avoir quelques précisions et savoir ce que vous considéreriez comme des services de base. Que considéreriez-vous comme des services de base et comme d'autres services dans les services que nous connaissons à l'heure actuelle? Cela m'intrigue; c'est peut-être une partie de la solution au problème.

M. Psutka: Je voudrais vous donner un exemple. Il existe actuellement des services qui ne sont pas couverts par l'assurance, selon la province où vous habitez. Ainsi, dans ma province, certains services de chirurgie plastique ne sont pas couverts. Ils ne sont pas jugés nécessaires pour la santé de la personne. Par contre, si l'on peut prouver que la santé de la personne concernée serait compromise si l'on n'arrangeait pas son nez ou si l'on ne ramenait pas ses oreilles vers l'arrière, ces interventions sont couvertes par l'assurance. Voilà ce que nous avons fait.

Par ailleurs, nous pouvons en arriver à un stade où l'on se met à analyser la situation. Je vais vous donner l'exemple d'un groupe d'épidémiologistes et de travailleurs de la santé, qui est très respecté, qui se réunit au bout de quelques

[Text]

workers—to define, for example, when one should have pap smears, or when one should have a mammograph, or when one should have a chest X-ray. They go through literature looking at world data, and they say, it is now appropriate that somebody should have a pap smear every three years up to a certain age, and then every year beyond that. That is what they are saying. But there are no teeth in it. Therefore, I can tell you, those rules do not get followed.

Despite the fact that the evidence is there that if a population followed those rules one would get very good health care, we do not follow them. So women might have three pap smears a year, depending on their mood or their physician's mood. No one knows what is going on. I should not maybe pick on that one.

But let us be honest about it. If we had a smart card, and you, for example, had access to that card, because you should be able to read what is on any card. . . By the way, there is a smart card pilot project in England, with 10,000 or 11,000 people in it. I have talked to the doctor who manages it. He is very, very positive. His patients are very, very positive. By the way, to get around any confidentiality worries, the patients were allowed to have access to the smart card reader. They could put the card in, punch in their PIN number and see what was on the card. If you had access to that, you could have on the card "it is time for a check-up", "it is time for your pap smear", "it is time for your tetanus shot". That could be built right into the card.

That sounds like extreme management. I am not saying it has to be done. I am just saying these are warning signs or prompts that could get the patient to respond.

I would suggest to you that if we gave the money to a comprehensive health organization and they were responsible for your health, and they knew you were going to be looking at other comprehensive health organizations, they would sit down with you, the consumer, and work their way through these things, and say, this is good basic coverage, this is what we provide; you will be healthy if you follow these things.

Mr. Halliday: I understand that. But say that I am a woman whose close friend has died from carcinoma of the cervix. I sure do not want to take any chances, so I do not want just one pap smear a year, I want to have three. Is that basic coverage, or does she pay the difference?

Dr. Psutka: She should pay the difference.

Mr. Halliday: That is a principle we have to decide on in Canada, I think.

Dr. Psutka: If you want to have Cadillac service—

Mrs. Clancy (Halifax): What if it is her sister?

Mr. Halliday: That is a good point. A sister is different, of course. I deliberately chose a friend, because that could have as powerful an effect on somebody, and yet there is not the genetic—

Mrs. Clancy: Just checking to see if you were on your toes, Bruce. That is all.

[Translation]

années pour dire notamment quand il faut passer le test de pap ou quand il faut passer une mammographie ou une radiographie de la poitrine. En se basant sur des données mondiales, ils disent qu'il faudrait passer le test de Pap tous les trois ans jusqu'à un certain âge, puis tous les ans passé cet âge-là. Voilà ce qu'ils disent. Mais ils ne peuvent rien faire. Ces règles ne sont pas observées.

Bien que l'on sache que si la population les suivait, on aurait d'excellents services médicaux, elle ne le fait. Des femmes peuvent passer trois tests de Pap par an, selon leur humeur ou celle de leur médecin. Personne ne sait ce qui se passe. Je ferais peut-être mieux de ne pas insister là-dessus.

Soyons honnêtes. Si nous avions une carte intelligente et que nous y avions accès, comme on pourrait lire ce qui est indiqué sur n'importe quelle carte. . . soit dit en passant, on applique un projet pilote de cartes intelligentes en Angleterre; le nombre de participants est de 10,000 ou 11,000. J'ai parlé au médecin qui s'en occupe. Il est extrêmement enthousiaste. Ses malades sont très enthousiastes. Soit dit en passant, pour apaiser toutes les craintes au sujet du respect du caractère confidentiel des données, on a permis aux patients d'utiliser le lecteur de cartes intelligentes. Ils ont pu y mettre la carte, et voir les indications qu'elle portait en tapant leur numéro d'assurance sur le clavier. Si l'on avait des cartes de ce genre, on pourrait lire sur sa carte des messages comme «il est temps de passer un examen médical», «c'est le moment de passer votre test de Pap», «c'est le moment de recevoir votre vaccin antitétanique». Ces messages pourraient se trouver dans la carte.

On dirait que ce système est paternaliste. Je ne dis pas qu'on est obligé de le faire. Tout ce que je dis, c'est que ce sont des avertissements qui pourraient inciter le patient à réagir.

Si nous donnions l'argent à un organisme offrant tous les services de santé, qui serait responsable de votre santé et si cet organisme savait que vous envisagez de vous adresser à d'autres organismes de ce genre, on vous expliquerait quels services on vous offre en vous disant que vous êtes bien protégé; et vous dirait que vous serez en bonne santé si vous suivez les directives.

M. Halliday: Je comprends cela. Mais disons que je suis une femme dont une amie proche est décédée d'un cancer du col de l'utérus. Je ne veux pas prendre de risque et je ne veux pas me contenter de passer un test de Pap par an; je veux en passer trois. Est-ce compris dans les services de base ou bien cette femme doit-elle payer la différence?

M. Psutka: Elle devrait payer la différence.

M. Halliday: Je pense que nous devons prendre une décision au sujet de ce principe.

M. Psutka: Si vous voulez avoir un service de Cadillac. . .

Mme Clancy (Halifax): Et s'il s'agit de sa soeur?

M. Halliday: C'est une réflexion pertinente. C'est différent s'il s'agit de sa soeur, bien sûr. J'ai parlé volontairement d'une amie parce que le décès d'une amie pourrait frapper la personne concernée, sans qu'il y ait de lien génétique. . .

Mme Clancy: Je voulais seulement vérifier si vous étiez alerte, Bruce. C'est tout.

[Texte]

[Traduction]

• 1025

Mr. Halliday: Anyway, that leads me to the question of outcomes management. You have almost touched on it, namely the magic of averages. How do you apply it to the individual?

We have a medical problem with a procedural possibility that may correct it, but outcomes show only 5% of people improve with it or have a better quality of life. I have that medical problem. I have only a 5% chance. Is the system going to say, no, I cannot have that procedure because only 5% get a better quality of life? I can accept that, but do I have an option to pay for it myself?

Dr. Psutka: I would think this is something that has to be looked at. I truly do believe that now, even with the 1% chance, we would do it. We pay for it.

Mr. Halliday: That is right.

Dr. Psutka: Yesterday I was reading in the newspaper... if you recall, they were searching desperately for a bone marrow match for a young lady in Toronto awhile back. It suddenly dawned on me; if they did 10,000 bone marrow checks, what did that cost? They are \$75 a check. They spent over \$800,000 looking for a match for this child. I realize this is very difficult to talk about. It is ethics and everything else. But for \$800,000, no match was found.

By the way, her chances of living more than a few years, even with the match, were not all that great.

These are tough decisions. We have to begin to capture the data and share it with the consumer and have a societal dialogue. I am not going to make that decision for you as a physician at your bedside in the middle of the night in the emergency room. I cannot do that. Because I have been trained that way, I will err always on your side.

That is part of the reason why this system is just smoking out of sight. I have so many things I can do to you. Most of them I do not even have any data on, but I will do it. I am making this suggestion because we have to start somewhere. I do not think there is going to be a switch in one year, but we have to begin this year.

Mr. Halliday: Last week or so I challenged Joan, our researcher, to get the statistics on Canadians who are going to the U.S. for health care. I said that it must be easy to find. I cannot understand why you cannot get it. Can you explain it? What is the problem?

M. Halliday: Cela m'amène à la question de la gestion par les résultats. Vous avez presque abordé la question, à savoir celle de l'effet magique des moyennes. Comment appliquez-vous ce principe à la personne?

J'ai un problème de santé et il est possible de le régler mais d'après les résultats, la situation ou la qualité de vie ne s'améliore que dans 5 p. 100 des cas après l'intervention. Si j'ai ce problème de santé, je n'ai donc que 5 p. 100 de chances. Le système va-t-il décider que je ne peux pas subir cette intervention parce que je n'ai que 5 p. 100 de chances d'avoir une meilleure qualité de vie? Cela je l'accepte, mais ai-je la possibilité de payer moi-même?

M. Psutka: Je dirais qu'il faut examiner la question. Je crois sincèrement que pour le moment, même s'il n'y avait que 1 p. 100 de chances, nous ferions l'intervention. Nous paierions les frais.

M. Halliday: C'est exact.

M. Psutka: Hier, je lisais dans le journal... Vous vous souvenez peut-être qu'il y a un certain temps, on cherchait désespérément une personne dont la moelle osseuse était compatible avec celle d'une jeune fille de Toronto. Cette idée m'est venue soudainement à l'esprit; si l'on a fait 10,000 vérifications de moelle osseuse, qu'est-ce que cela a coûté? Cela coûte 75\$ par vérification. On a donc dépensé plus de 800.000\$ pour essayer de trouver une personne compatible pour cette enfant. Il est très difficile d'en parler. Il y a une question de morale et toutes sortes d'autres considérations. Après avoir dépensé 800.000\$, on n'a pas trouvé de personne compatible.

Les chances de cette fille de vivre plus de quelques années n'étaient pas terribles, même si l'on avait trouvé une personne compatible.

Ce sont des décisions difficiles à prendre. Il faut se mettre à recueillir des données et à les communiquer au consommateur; il faut entamer un dialogue au sein de la société. En tant que médecin, je ne prendrai pas la décision pour vous à votre chevet au milieu de la nuit, dans la salle d'urgence. Je ne peux pas le faire. Comme j'ai été formé de cette façon, je pêcherai toujours par respect pour votre décision.

C'est en partie la raison pour laquelle ce système s'envole en fumée. Il y a tellement de possibilités d'intervention de ma part. Je ne peux même pas avoir de données sur la plupart de ces possibilités, mais je le ferai tout de même. Si je dis cela, c'est parce qu'il faut bien commencer par quelque chose. Je ne pense pas que la situation changera complètement en un an, mais il faut commencer cette année.

M. Halliday: La semaine dernière, j'ai demandé à Joan, notre chercheuse, d'obtenir des statistiques sur les Canadiens qui vont aux États-Unis pour se faire soigner. J'ai dit que cela devait être facile à trouver. Je ne comprends pas que vous n'arriviez pas à les obtenir. Pouvez-vous expliquer cela? Où réside le problème?

[Text]

Dr. Psutka: I will try. In March I assumed the Chair of the program in Windsor looking at cardiovascular surgery. The very first thing I asked for from the provincial ministry was the data of all the patients going to the States. They said they could and would have it for me soon. It is now November. I am having a meeting a week from Monday. I have been promised, again, that it will be there.

Mr. Halliday: This is where you go, Joan.

Dr. Psutka: I will suggest to you that it probably will not be there. I will tell you why: it is out of country. These hospitals are submitting the forms back to the Ontario Government from the U.S. on every piece of paper known to mankind. The Ontario government did not send down a form to fill out, did not tell them how to send it in. They have been getting bills in pieces and dribs and drabs, based on the old OHIP number, which is a family number, not a unique identifier.

At the Ministry of Health I have now embarrassed them, to say the least. I met with the deputy. He looked his people in the eye and said that if they were paying the bills, then why did they not know? It is because they are done manually in individual OHIP offices. There is no central data collection of this. In order to find out for me, they have had to run 180 million claims. They are now sorting them manually.

When I say to you that there is no data, and I can not manage this committee, we are just sitting there waiting for the data.

By the way, if you think it is bad enough there, HMRI data, Hospital Medical Records Institute data, is only available to my committee in a less than exact sense—it is not perfect data yet—for last fiscal year. In other words, I have data up until the end of March 1989. It is not perfect yet because all of the data is not in.

We are tracking almost a year behind what we are doing right now. It makes it difficult to manage. The evidence is there, but I do not know what the number is. I have a feeling more than 700 people in the last year have gone to the States.

• 1030

Mr. Halliday: From Ontario?

Dr. Psutka: From Ontario. I do not know what was done to them. That number is just for heart surgery.

I can tell you that we are paying between \$25,000 and \$28,000 per case for heart surgery in the States. I can also tell you that this was not a negotiated price and that health maintenance organizations in the United States negotiate price, because they are accountable for their budgets. You can get heart bypass surgery at the University of Alabama for about \$10,000, if you bargain.

[Translation]

M. Psutka: J'essaierai. Au mois de mars, j'ai présidé le programme de Windsor en matière de chirurgie cardio-vasculaire. La toute première chose que j'ai demandée au ministère de la province, ce sont des données sur tous les malades qui vont se faire soigner aux États-Unis. On m'a dit que c'était possible et que je les obtiendrais bientôt. Nous sommes au mois de novembre. J'ai une réunion dans une semaine. On m'a promis à nouveau que je les aurais.

M. Halliday: C'est à ce ministère qu'il faut vous adresser, Joan.

M. Psutka: Je pense que vous ne les obtiendrez probablement pas. Je vais vous dire pourquoi: elles se trouvent en dehors du pays. Les hôpitaux remettent les formulaires remplis aux États-Unis au gouvernement de l'Ontario; il s'agit de toutes sortes de papiers. Le gouvernement de l'Ontario n'a pas envoyé une formule à remplir et n'a pas expliqué comment il fallait la renvoyer. Le gouvernement a reçu des factures au compte-gouttes; on trouvait l'ancien numéro du régime d'assurance-maladie de l'Ontario, qui est un numéro familial et pas un numéro personnel.

J'ai mis les gens du ministère de la Santé dans l'embarras, c'est le moins que l'on puisse dire. J'ai rencontré le sous-ministre. Il a regardé ses fonctionnaires dans les yeux et il leur a demandé pourquoi ils ne pouvaient pas répondre alors qu'ils payaient les factures. C'est parce que cela se fait à la main dans les différents bureaux du RAMO. Il n'y a pas de centralisation de collecte des données. Pour trouver ce que je voulais, il a fallu examiner 180 millions de demandes. On les trie à la main pour le moment.

Je vous dis qu'il n'y a pas de données, que je ne peux pas en fournir au comité; nous attendons toujours les données.

Soit dit en passant, si vous pensez que la situation est catastrophique, je vous signale que mon comité n'a pu obtenir les données du HMRI, le *Hospital Medical Records Institute*, que pour le dernier exercice et il ne s'agit pas encore de données parfaites. Autrement dit, j'ai des données jusqu'à la fin de mars 1989. Ce n'est pas encore parfait parce qu'on n'a pas encore toutes les données.

Nous sommes pratiquement un an en retard. Cela complique les choses. J'ai des preuves, mais je ne sais pas encore combien de personnes ont fait cela. J'ai l'impression que plus de 700 personnes sont allées se faire soigner aux États-Unis l'année dernière.

M. Halliday: De l'Ontario?

M. Psutka: De l'Ontario. Je ne sais pas ce qui leur a été fait. Ce nombre ne porte que sur les cas de chirurgie cardiaque.

Je puis vous dire que nous payons entre 25,000\$ et 28,000\$ pour chaque cas de chirurgie cardiaque aux États-Unis. Je puis également vous dire que ce prix n'a pas été négocié et que les organisations américaines de soins de santé intégrés négocient les prix parce qu'elles doivent rendre compte de l'utilisation qu'elles font de leur budget. Si vous négociez, vous pouvez avoir un pontage coronarien pour environ 10,000\$ à l'Université de l'Alabama.

[Texte]

I was told last week that if you purchase 50 tokens for surgery in Philadelphia at a health maintenance organization you will receive a discount on the next 50 and another discount on the next 50 after that. The cost for bypass surgery drops by \$5,000 for every 50 tokens you buy.

No such competition is taking place in our system here and what we have in place is the old-boy network in which your doctor refers you to another doctor, who refers you to another doctor, and somewhere down the line something gets done.

I can also tell you that the committee in Windsor has found evidence of a lack of management of the waiting lists. The lists are maintained by each individual surgeon, on average, and are not hospital lists, but surgeons' lists. One surgeon we dealt with had over 200 names on his list; he was an excellent surgeon and if you get sent to this excellent surgeon, you will wait 200 days. If you get sent to one of his peers, who works in the same hospital, who has trained, written the same exams, and gone through the same scrutiny by the board to get his hospital privileges, you can wait 30 days. But you do not know which of those two people you are being sent to as a consumer.

Therefore, I would suggest that even as of last week there were empty operating room slots at one of our hospitals in Ontario, but we were still sending people to the States that day because we do not know where those slots are.

Mr. Karpoff (Surrey North): The issues you have raised are probably the ones that are fundamental to the system.

I just want to go back and make sure I understood your slides in terms of health, in that you are saying the major indicators of poor health have nothing to do with medicine. They are poverty, lack of housing, lack of education, and drug abuse, and unless we deal with what we would call social problems, which I believe are economic problems because of the poor distribution of wealth in this country, where those at the top are getting richer and the poor are getting poorer. Are you saying that is one of the major factors we have to tackle if we really want to deal with health problems?

Dr. Psutka: Yes. Perhaps I can show you something. When I give this talk to lay people, it takes a long time for that thought which you just expressed to sink in. In other words, the idea that their health or feeling of wellness is not just that they are out of the hospital.

Mr. Karpoff: I want to ask a quick second question and I may have to leave even before you have a chance to answer both questions.

The other component part of what you seem to be saying, in terms of the basic health care in this country, is based on a fee for service, individual practitioner physician, who works on his own, on a fee-for-service basis. What kind

[Traduction]

On m'a dit la semaine dernière que si vous achetez 50 jetons de chirurgie dans une organisation de soins de santé intégrés de Philadelphie, vous obtiendrez un rabais sur les 50 prochains jetons, et un autre encore sur les 50 suivants. Et le coût du pontage baisse de 5.000\$ à chaque fois que vous achetez 50 jetons.

Il n'y a pas de concurrence de ce genre dans notre régime; ce que nous avons ici, c'est plutôt un réseau de vieilles connaissances dans lequel votre médecin vous envoie à un autre médecin, qui vous renvoie à un autre, jusqu'à ce que vous obteniez le traitement nécessaire, un jour ou l'autre.

Je puis également vous dire que le comité de Windsor a constaté que les listes d'attente étaient très mal gérées. Ces listes sont en général tenues par les chirurgiens eux-mêmes, et non pas par les hôpitaux. Il y a un chirurgien dont nous avons entendu parler qui avait plus de 200 noms sur sa liste: c'était un excellent chirurgien, et si vous vouliez qu'il vous opère, vous deviez attendre 200 jours. Mais si vous étiez envoyé à un de ses collègues, qui travaille dans le même hôpital, qui a reçu la même formation et subi les mêmes examens, et qui a été trié de la même façon par le conseil de l'hôpital pour avoir le privilège d'y exercer, vous pouvez attendre 30 jours seulement. Mais vous ne savez pas, comme consommateur, auquel de ces deux médecins vous aurez affaire.

Par conséquent, encore la semaine dernière, il y avait des places libres en salle d'opération dans un de nos hôpitaux ontariens, mais nous avons quand même envoyé des gens aux États-Unis ce jour-là parce que nous ne savions pas où se trouvaient ces places.

M. Karpoff (Surrey-Nord): Les questions que vous avez soulevées sont probablement fondamentales pour notre régime.

Je voudrais simplement revenir un peu en arrière pour m'assurer que j'ai bien compris vos diapositives dans lesquelles vous dites que les causes principales du mauvais état de santé de la population n'ont rien à voir avec la médecine: ce sont la pauvreté, l'absence de logements décentes, le manque d'éducation et la toxicomanie. Il faut donc nous attaquer tout d'abord à ce qu'on appelle généralement les problèmes sociaux, qui sont plutôt selon moi des problèmes économiques causés par la mauvaise répartition des richesses dans notre pays, où les riches s'enrichissent et où les pauvres s'appauvrissent. Voulez-vous dire que c'est un des principaux facteurs auxquels nous devons nous attaquer si nous voulons vraiment régler les problèmes de santé?

M. Psutka: Oui. Je pourrais peut-être vous montrer quelque chose. Quand je donne ce même exposé à des profanes, il leur faut beaucoup de temps pour se rendre compte de ce que vous venez de dire. Autrement dit, du fait que leur santé ou leur bien-être ne se mesure pas seulement au fait qu'ils ne sont pas à l'hôpital.

M. Karpoff: Je voudrais vous poser une deuxième question, rapidement, et je devrai peut-être partir avant même que vous ayez le temps de répondre à ces deux questions.

L'autre volet de ce que vous nous dites, au sujet des soins de santé de base offerts au Canada, porte sur le système de paiement à l'acte, selon lequel les médecins praticiens travaillent individuellement et sont payés à l'acte. Quel serait

[Text]

of organizational system do you see as being best for that first-line medical practitioner, the doctor? What kind of system do you see him practising in and what kind of remuneration system should it be?

Dr. Psutka: I do not know if I have the magic answer to that question, but I often respond to it with a parable that points out what is wrong with our system.

Let us go back to 1964 and pretend that we are not talking about health, but about cars. Let us pretend that Mr. Honda wants to sell a lot of cars. He wants people to be very happy and he wants his people to be the happiest car owners in the world. What he says to his Honda dealers, who are globally funded by Mr. Honda, is that he wants them to tell everybody that if they buy a Honda, for the rest of the life of that car everything can be done to it free. He tells the people in the garages that they are on piecework, because he knows that people are going to be coming in. He wants them to work really, really hard, but he does not put any limits on the piecework. For the first few years things go along pretty well, because there still are some feelings of the old way of payment and accountability and responsibility. But suddenly, everybody says, my God, nobody is counting. You can just do what you want and you can charge what you want. This is wonderful.

• 1035

So the pieceworkers in the garage are working like crazy and they are inventing new equipment to check out those cars. They apply all these machines and they say that these wheels need to be replaced. They put new wheels on. They put new bumpers on. They put everything on. This is great.

The owner of the garage, who gets only a certain amount of money for all of this from Mr. Honda, is really freaking out. He cannot afford all this equipment, but the workers in the garage want more. They are on piecework. They are so busy that they demand more mechanics. They open up mechanic schools all over the place, and they crank out more and more mechanics, who come to work in the garage. People can make more and more money, working fewer and fewer hours. It is remarkable.

In my unit, by the way, my doctors work 24 hours a week and they want to work fewer.

Anyway, they are in the back, working like crazy. The owner keeps going to Mr. Honda and asking if he can have a bigger garage. Have you heard that one before? Well, no he cannot have a bigger garage because Mr. Honda is starting to have problems and is starting to realize that he has all these customers who are very, very happy with Hondas. He has to control costs, because he is starting to go bankrupt.

He suddenly realizes that the mechanics in the back are not taking any time with the customers and talking about putting air in their tires, changing the oil, or any of this kind of stuff, because there is no incentive to do that. They want

[Translation]

d'après vous le meilleur système pour le médecin généraliste, qui a le premier contact avec les patients? Dans quel genre de système pourrait-il pratiquer, et quel genre de rémunération pourrait-il recevoir?

M. Psutka: Je n'ai pas de réponse toute faite à cette question, mais j'ai souvent recours à une parabole pour mettre en évidence les défauts de notre système.

Remontons si vous voulez à 1964 et parlons un peu de voitures, plutôt que de soins de santé. Imaginons que M. Honda veuille vendre beaucoup de voitures. Il veut que tout le monde soit très content et, surtout, les gens qui achètent ses voitures. Il dit donc à ses détaillants Honda, qui sont financés dans le monde entier par M. Honda, de dire à tous les clients que, s'ils achètent une Honda, tous les travaux d'entretien qui devront être effectués sur cette voiture seront gratuits. Il dit ensuite aux gens des garages qu'ils travailleront à la pièce parce qu'il sait qu'il y a beaucoup de gens qui vont venir. Il veut donc que ses mécaniciens travaillent très fort, mais il n'impose aucune limite au travail à la pièce. Pendant les premières années, les choses vont relativement bien parce que l'ancienne mentalité, fondée sur le paiement, l'imputabilité et la responsabilité, est encore présente jusqu'à un certain point. Mais soudainement, tout le monde se rend compte que personne ne compte, qu'on peut faire tout ce qu'on veut et facturer autant que l'on veut. C'est merveilleux.

Donc les mécaniciens travaillent comme des fous, à la pièce, et ils inventent de nouveaux appareils pour vérifier les voitures. Ils utilisent toutes ces machines et disent que les roues doivent être remplacées. Ils installent donc de nouvelles roues. Ils installent de nouveaux pare-chocs. Ils changent tout. C'est formidable.

Mais le propriétaire du garage, qui ne reçoit qu'un montant limité de M. Honda pour tous ces travaux, est en train de paniquer. Il ne peut pas se payer tout cet équipement, mais les mécaniciens en veulent davantage. Ils travaillent à la pièce. Ils sont tellement occupés qu'ils demandent des renforts. On ouvre donc des écoles de mécanique dans tout le pays, et il en sort de plus en plus de mécaniciens qui viennent travailler pour le garage. Les gens peuvent faire de plus en plus d'argent en travaillant de moins en moins longtemps. C'est remarquable.

Soit dit en passant, dans mon unité, les médecins travaillent 24 heures par semaine et voudraient travailler encore moins.

Donc, les mécaniciens travaillent sans relâche dans l'atelier. Le propriétaire va donc voir M. Honda pour lui demander un plus gros garage. Vous avez déjà entendu cela? Eh bien, il ne peut pas avoir un plus gros garage parce que M. Honda commence à avoir des problèmes et à se rendre compte qu'il a énormément de clients qui sont très, très heureux de leur Honda. Il doit réduire les coûts parce qu'il se dirige vers la faillite.

Il se rend compte tout d'un coup que les mécaniciens, dans l'atelier, ne prennent pas le temps de discuter avec les consommateurs et de leur dire comment gonfler leurs pneus, faire la vidange d'huile, ou toutes sortes de choses du genre,

[Texte]

these things to wear out because they have an incentive to keep putting in new parts. Despite their valiant efforts, however, and despite all of these new parts, as the car gets older and older they keep ramming in more parts. But it does not matter, the car goes to the junkyard.

That, in a parable, is what is wrong with our system.

Anyway, I wanted to talk about the determinants. These are, as you can see, what I think the member just said. Basically, the dean of my medical school, Fraser Mustard, says there are these things that are required for a population to be healthy.

The health care system is only one sixth of all the things that one has to deal with. I showed you an earlier slide from the Premier's Health Council in Ontario, again alluding to those things that are necessary for people to feel well.

If you look at the fact that hospitals, doctors, laboratory tests and drugs are growing, growing, growing, and if you consider that most governments are putting a fiscal limit on health, look what gets squashed in the middle—this is just within the Ministry of Health in Ontario—mental health. Why do you think people with mental problems are not getting good care? Because they are getting squashed in the budget crunch within the ministry.

Assisted devices—the handicapped are not getting a shake because of the mechanics in the garage pushing and shoving to get more money.

Nursing homes, community health programs, emergency health, public health—these are the little programs within the ministry that are getting squashed in every province. I will tell you, when I sat in the ministry—and I went there as the person responsible for assisted devices—and said that I wanted \$20 million to help hearing aid people, the person running the hospitals, the guy with the \$6.6 billion budget, just sat there and told me to go away, because \$6.6 billion is a heck of a lot more money than \$20 million, and that his hospitals needed it because people were dying—and wimp management took place.

As a Ministry of Health official, I would go to treasury, scream and rant and yell that I needed more money for my emergencies, for my ambulances, for my hearing aids, for my drugs. They would laugh, because the other ministries were fighting us. They would say, look at what you have done; you have grown like a little monster that could, and look what is suffering on the right. We have housing that is getting no money. We have environment that is getting no money. We have transportation getting no money. Education is not getting enough. Those things are important for me to feel well, seriously, and they are not getting funded. This slide indicates again that in 1978 health in my province was 27%. Now it is 34%.

[Traduction]

parce qu'il n'y a rien qui les y encourage. Au contraire, ils veulent que toutes ces pièces s'usent parce que tout les incite plutôt à les remplacer. Mais malgré leurs vaillants efforts, et malgré toutes ces nouvelles pièces, il faut continuer de changer les pièces puisque la voiture ne cesse de vieillir. Et de toute façon, elle finit à la casse.

Voilà donc, en parabole, ce qui ne va pas dans notre régime.

Mais je voulais surtout parler des déterminants. Comme vous pouvez le voir, ce sont les facteurs que le député vient de mentionner. En gros, le doyen de ma faculté de médecine, Fraser Mustard, dit que ce sont les choses nécessaires pour qu'une population soit en santé.

Le régime de soins de santé ne constitue donc que le sixième de tous les éléments dont il faut tenir compte. Je vous ai montré tout à l'heure une diapositive du Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, en Ontario, qui montre encore une fois quelles sont les choses nécessaires pour que les gens se sentent bien.

Étant donné que les hôpitaux, les médecins, les analyses de laboratoire et les médicaments semblent connaître une croissance sans fin et que la plupart des gouvernements limitent le budget qu'ils consacrent à la santé, il est facile de se rendre compte qu'il faut négliger certains domaines, par exemple la santé mentale. Et je veux parler ici seulement du ministère de la Santé de l'Ontario. Pourquoi pensez-vous que les gens qui ont des problèmes de santé mentale ne reçoivent pas de soins adéquats? Parce qu'ils sont sacrifiés à cause des restrictions budgétaires imposées au ministère.

Prenez aussi les appareils et prothèses; les handicapés n'ont pas leur chance parce que les mécaniciens jouent des coudes pour avoir plus d'argent.

Les foyers pour personnes âgées, les programmes de santé communautaires, les services d'urgence, la santé publique, tous ces petits programmes subissent les effets des restrictions budgétaires dans toutes les provinces. Quand j'étais au ministère, à titre de responsable des appareils et prothèses, j'ai demandé 20 millions de dollars pour aider les gens qui portent une prothèse auditive. Le responsable des hôpitaux, qui disposait d'un budget de 6,6 milliards de dollars, m'a tout simplement dit d'aller voir ailleurs parce que 6,6 milliards de dollars, c'est beaucoup plus d'argent que 20 millions et que ses hôpitaux en avaient besoin parce qu'il y avait des gens là qui mouraient; encore un cas de gestion inefficace.

Comme fonctionnaire du ministère de la Santé, j'allais voir les fonctionnaires du Trésor, et je leur faisais toute une scène pour obtenir plus d'argent pour mes urgences, pour mes ambulances, pour mes prothèses auditives, pour mes médicaments. Mais ils riaient de moi parce que les autres ministères nous faisaient concurrence. Ils me disaient: Regardez ce que vous avez fait; vous avez pris beaucoup d'expansion, et voyez comme les autres en souffrent. Il n'y a pas d'argent pour le logement. Il n'y a pas d'argent pour l'environnement. Il n'y a pas d'argent pour le transport, et il n'y en a pas assez pour l'éducation. Sérieusement, ces domaines sont importants pour que je me sente bien, et ils ne disposent pas de fonds suffisants. Cette diapositive indique encore une fois que le budget de la santé représentait 27 p. 100 du budget provincial en 1978, et qu'il en représente maintenant 34 p. 100.

[Text]

[Translation]

• 1040

Look what has suffered. Where did health get the money? Health got the money from education and resource and economic development. My son and your daughters and sons are not going to be healthy because they will not have any place to work even if they can get any kind of an education. That is going to make this a very unhealthy country and, until we come to grips with this health monster, we are going to continue to have this pressure. That is really what I was trying to get at. It is happening.

Mrs. Clancy: I would almost say *Dominus vobiscum*, Dr. Psutka, but I want to thank you for your very provocative presentation. I will begin my questions by making a comment that I want to give you my condolences for being forced to be at a medical facility where all the medical staff can be addressed as gentlemen.

Dr. Psutka: I would like to clarify for the record that 71% of our medical school class are women.

Mrs. Clancy: I know that. As a matter of fact, my own family physician is a McMaster graduate, and I was astounded to hear your comment there.

Dr. Psutka: A slip of the tongue. We have just appointed a vice-dean who is female. We are progressing.

Mrs. Clancy: Good. I am delighted to hear it, but I could not, as I am sure you can understand, let it go by.

Dr. Psutka: At the meeting they were all gentlemen, that is the problem.

Mrs. Clancy: Well, there you still obviously have work to do, Dr. Psutka.

Dr. Psutka: I think so.

Mrs. Clancy: One of the things I wanted to ask you, when you showed us that wonderful chart of the American system with all of the different—the “alphabet soup” as you called it—is on the question of a choice of a provider. Looking again at the situation you referred to later, the surgeon with the waiting list of 200 and then the empty operating rooms, there still has to be a certain... I mean, if you say to the patient, if you want Dr. X you are going to have to wait x number of days, whereas if you go to Dr. Y, who is equally competent, you can go in in a week or tomorrow or whatever—given some of these things, is it not the fact that the choice based on anything is not necessarily there, that one of these organizations just says, okay, we are up on our roster, it is Dr. Z: that is it, you are going to there? If we take your advice, and I certainly hope we will in a number of areas, will we be able to build in that kind of choice or will the fact that we are looking at these massive data bases you are talking about take that away from us too?

Voyons un peu ce qui en a souffert. Où le secteur de la santé a-t-il pris cet argent? Il l'a enlevé à l'éducation, au développement des ressources et à l'expansion économique. Mon fils, ainsi que vos fils et vos filles, ne seront pas en bonne santé parce qu'ils n'auront pas de travail, même s'ils réussissent à avoir une éducation convenable. Tout cela va faire que notre pays sera en très mauvaise santé, et tant que nous n'allons pas régler le grave problème de la santé, cette pression va se maintenir. C'est là que je voulais en venir. Cela se produit déjà.

Mme Clancy: J'aurais presque envie de vous dire *Dominus vobiscum*, docteur Psutka, mais je devrais plutôt vous remercier de votre présentation, qui porte à réfléchir. Je vais tout d'abord, avant de vous poser des questions, vous offrir mes sympathies puisque vous êtes obligé de travailler dans un établissement médical où le personnel médical ne se compose que d'hommes.

M. Psutka: Je voudrais préciser pour le compte rendu que 71 p. 100 de nos étudiants en médecine sont des femmes.

Mme Clancy: Je le sais. En fait, mon médecin de famille est diplômé de McMaster, et j'ai été fort étonné d'entendre votre commentaire à ce sujet.

M. Psutka: C'était un lapsus. Nous venons de nommer une vice-doyenne. Nous faisons des progrès.

Mme Clancy: C'est bien. Je suis très heureuse de vous l'entendre dire, mais je ne pouvais pas laisser passer cela. Comme vous le comprendrez sûrement.

M. Psutka: Il n'y avait que des hommes à la réunion; c'est là le problème.

Mme Clancy: Eh bien, vous avez de toute évidence encore du travail à faire, docteur Psutka.

M. Psutka: Je le pense.

Mme Clancy: Vous nous avez montré un magnifique graphique du système américain, avec tous ses secteurs différents, ce que vous avez appelé la «soupe à l'alphabet»; je voudrais vous poser une question sur le choix des médecins. Vous avez dit plus tard qu'il y avait un chirurgien dont la liste d'attente comptait 200 noms, alors qu'il y avait des salles d'opérations vides; il doit quand même y avoir un certain... autrement dit, si vous dites au patient qu'il devra attendre un certain nombre de jours pour avoir le Dr X, alors qu'il peut voir le Dr Y, qui est tout aussi compétent, dans une semaine, demain ou quelque chose du genre, n'est-il pas vrai que ce choix n'existe pas nécessairement et qu'il y a simplement une organisation qui détermine quel médecin vous allez voir selon l'ordre de votre nom sur sa liste? Si nous acceptons votre avis, et j'espère que nous allons le faire sur certains points, pourrions-nous permettre ce genre de choix ou si cela nous sera-t-il impossible aussi à cause de l'ampleur même de ces bases de données dont vous nous avez parlé?

[Texte]

Dr. Psutka: Let us try and look at this, because what you are saying is something that I have been thinking about quite frequently. In fact, it came up yesterday at my own hospital. We were sitting there, rather concerned that our hospital was overcrowded, that our beds were jammed to the ears, that our emergency room is backing up, filling up with seniors who, by the way, we do not know what to do with, we just do not know—

Mrs. Clancy: Medicate.

Dr. Psutka: Well, we are not very good at it.

Mrs. Clancy: I know.

Dr. Psutka: We wondered, well, what are we going to do, how are we going to manage this thing? I told the board and the medical advisory committee that there were things we could do if we had the guts to do it. It is just a matter of getting down and doing it, and we can fix the problem. Well, that was the first time they have heard it and there was great denial and beating of breasts, and we still have not undertaken it. Let me give you an example.

I do believe the consumer should be thoroughly and fully informed. When the mechanics are on piecework and they are ramming the people through to generate the incomes they are expecting they should make, they do not talk. The Ontario Medical Association just spent \$900,000 a year or two ago and discovered that "talk" doctors make half as much as "do" doctors. I can show you a slide if you want to see evidence of that.

On the other hand, the "do" doctors do not talk very much because there is no pay-off in talking; you just say you need this done, we are going to take your widget out. You, being a good patient in Canada, say, when, Doctor, I trust you emphatically—instead of asking why and what are my other choices. Can I have a second opinion? Show me the evidence. Do not even give me a second opinion, give it to me in writing because you are going to touch my body. We just roll over and wait for the anaesthesia.

• 1045

The Americans have seen this and had hoped they would get around some of this issue by, first of all, the health maintenance organization. The health maintenance organization was organized in such a way that if I work, say, in Buffalo for a firm, I may have negotiated with my employer for \$1,500 a year for health benefits. That is my money and they will say go and pick from these providers, the PCN, the IPA, the HMO—you pick. You are 25 or you are 30 or you are 50. You may need glasses. You maybe want child care. You maybe want dental care. This one provides this. This one provides that. Each one is different and unique. So you, as a consumer, have to pick your provider.

Basically, the providers compete with each other and you can walk out any time you want, with your money, if they do not give you value for money. So when you go there they have to start thinking about how to manage you, so they have

[Traduction]

M. Psutka: C'est une question intéressante; j'y ai réfléchi moi-même assez souvent. En fait, nous avons eu un cas de ce genre hier encore à mon propre hôpital. Nous étions en train de nous plaindre que notre hôpital était surpeuplé, que nos lits étaient tous occupés, que notre salle d'urgence ne suffisait plus et était pleine de personnes âgées, dont nous ne savons pas trop quoi faire, soit dit en passant. . .

Mme Clancy: Donnez-leur des médicaments.

M. Psutka: Eh bien, nous ne sommes pas très efficaces dans ce domaine.

Mme Clancy: Je sais.

M. Psutka: Nous nous demandions donc ce que nous allions faire et comment nous allions gérer cette crise. J'ai dit au conseil et au comité consultatif des questions médicales que nous pourrions prendre certaines mesures si nous avions assez d'audace. Il s'agit tout simplement de s'attaquer au véritable problème, et nous pouvons le régler. Eh bien, c'est la première fois qu'ils entendaient quelque chose du genre: tout le monde s'est récrié et s'est glorifié de ce qui avait déjà été fait, mais nous n'avons encore rien entrepris. Je vais vous donner un exemple.

J'estime que le consommateur devrait être pleinement informé. Quand un mécanicien travaille à la pièce et qu'il se dépêche de voir le plus de clients possibles pour obtenir le revenu qui d'après lui, lui est dû, il ne parle pas. L'Association médicale de l'Ontario a dépensé 900,000\$ il y a un an ou deux pour une étude qui a révélé que les médecins qui «parlent» gagnent moitié moins que ceux qui «agissent». Je peux vous montrer une diapositive qui le prouve, si vous le voulez.

En revanche, les médecins qui «agissent» ne parlent pas beaucoup parce que ce n'est pas payant; ils se contentent de dire: «il faut vous faire ceci, nous allons vous retirer votre machin». Et comme vous êtes un bon patient, au Canada, vous faites entièrement confiance à votre médecin plutôt que de lui demander pourquoi il a pris cette décision et quelles sont les autres possibilités. Au lieu de demander un deuxième avis, d'exiger des preuves, de demander un avis avant l'intervention, nous nous contentons de nous retourner et d'attendre l'anesthésie.

Les Américains se sont rendu compte de cela et avaient espéré résoudre une partie du problème premièrement grâce aux organisations de soins de santé intégrés. Ces organisations fonctionnent de la façon suivante: supposons que je travaille pour une entreprise de Buffalo, je pourrais négocier avec mon employeur une somme de 1,500\$ par année pour les soins de santé. Ce serait mon argent, et ce serait à moi de choisir parmi les divers intervenants, le PCN, l'IPA, la HMO; c'est à moi de choisir. Que j'aie 25, 30 ou 50 ans, que j'aie besoin de lunettes, de soins pour mes enfants ou de soins dentaires, je peux m'adresser à l'un ou à l'autre, selon sa spécialité. Chaque réseau est différent et unique en son genre. Donc, les consommateurs peuvent choisir qui va les soigner.

Essentiellement, les intervenants se font concurrence et, s'ils ne vous en donnent pas pour votre argent, vous pouvez vous en aller n'importe quand, en emportant votre argent. Donc, quand vous allez les voir, ils doivent réfléchir à la

[Text]

to get you on side. That is a very difficult area, and by the way, one that we are going to have difficulty here with in Canada because with the comprehensive health organization, they cannot lock me in.

Mrs. Clancy: That is the other one. Unless, of course, they put you on salary.

Dr. Psutka: Exactly. But even then, I can still wander about and they will have to pay the bills. So they are going to be in great duress if they do not get me to buy in. Therefore, there has to be information and they have to prove to me, the consumer, that as a CHO, if I stick with them I will be getting the best of care. So what the CHO is trying to do is introduce an element of competition, an element of consumer awareness, to keep me. They will want to make sure that I stick because I have the money.

I now have the money in my hand, as a consumer, and I can walk. They have to therefore show me that they are doing the appropriate number of pap smears. They have to show me that my children are getting the appropriate number of immunizations and I am getting good well-child care. They will have to show me that I do not have to see a doctor every time I have a sniffle, that a primary care nurse or a health care provider or a social worker can take care of many of my problems.

Most of the stuff I see that I then medicalize has nothing to do with health care. It has everything to do with placement, or no money, or no roof over my head, and tension and depression and anxiety that results from that. So here, take a valium. I cannot fix your education or your road or your house or your lack of a job, but have a valium, and that is really not accurate.

Mrs. Clancy: This is a really easy one. In reference to the cost, the \$800,000 spent on bone marrow testing, there was a situation in Nova Scotia two years ago with the Attorney General of Oregon. Some of you may have seen the story in the paper. His two children have a disease. I cannot remember the disease, but the only hope was a bone marrow transplant, and there was a family connection several generations back in Nova Scotia. Having met that man and his two daughters and knowing the horror he was going through, my difficulty is: what do you do when he can afford it and the Joneses cannot? I am not expecting you to have the answer to that, but in a sense those are the kinds of answers we are being asked to provide.

Dr. Psutka: I think what you have is a completely confused public, completely misinformed as to the appropriateness and the value of the intervention, who believe that everything they read is going to happen, and they want to have every last possible thing done to them. Let us be honest about it. If somebody in this room needed a \$300,000 liver transplant, right now we would say let us go for it. I guess what I am saying is, how do we get societal

[Translation]

façon dont ils vont vous traiter pour pouvoir vous mettre de leur côté. C'est une question très difficile et, soit dit en passant, nous aurons beaucoup de mal à appliquer un régime de ce genre ici au Canada; en effet, à cause de l'existence des organisations de soins de santé complets, on ne peut forcer personne.

Mme Clancy: Voilà une autre question. A moins, bien sûr, de vous mettre à salaire.

M. Psutka: Exactement. Mais là encore, je pourrais aller d'un endroit à l'autre, et ils devront payer la facture. Donc, ils auront de gros problèmes s'ils ne réussissent pas à me convaincre d'avoir recours à leurs services. Il faut donc que le consommateur soit bien informé et qu'on lui prouve qu'il recevra les meilleurs soins possibles s'il fait confiance à une organisation qui assure des soins de santé complets. Donc, ces organisations essaient d'introduire un élément de concurrence, de sensibilisation des consommateurs, pour garder leur clientèle. Elles veulent être certaines que leurs patients restent chez elles parce qu'ils ont de l'argent.

En effet, comme consommateur, c'est moi qui ai l'argent en main, et je peux marcher. On doit donc me prouver qu'on effectue un nombre suffisant de tests pap, que mes enfants reçoivent les vaccins dont ils ont besoin et sont bien traités à la clinique de pédiatrie. On doit me prouver que je n'ai pas besoin de voir un médecin chaque fois que j'ai un petit rhume et qu'une infirmière de soins primaires, un travailleur en soins de santé ou un travailleur social peut régler beaucoup de mes problèmes.

Dans la plupart des cas, les problèmes des clients à qui je prescris des médicaments n'ont rien à voir avec les soins de santé, mais plutôt avec le chômage, le manque d'argent, le problème des sans-abri, et la tension, la dépression et l'anxiété qui en résulte. Donc, les médecins prescrivent du valium. Ils ne peuvent pas changer le système scolaire, les routes, l'état des logements ou la pénurie d'emplois, mais ils peuvent prescrire du valium, et cela ne règle vraiment pas le problème.

Mme Clancy: J'ai une question très facile pour vous. Vous avez parlé tout à l'heure des 800,000\$ consacrés aux tests sur la moelle osseuse. Il y a eu en Nouvelle-Écosse, il y a deux ans, une affaire qui mettait en cause le procureur général de l'Oregon. Certains d'entre vous ont peut-être lu cette histoire dans le journal. Ces deux enfants ont une maladie dont je ne me rappelle pas le nom, mais quoi qu'il en soit, leur seul espoir résidait dans une transplantation de moelle osseuse. Or, la famille avait des liens de parenté avec des gens de la Nouvelle-Écosse; cela remontait à plusieurs générations. Après avoir rencontré cet homme et ses deux filles, et sachant le drame qu'ils vivaient, je me suis posé la question suivante: que faut-il faire, puisque lui peut se le permettre et que Pierre, Jean ou Jacques ne le peut pas? Je ne m'attends pas à ce que vous ayez une réponse à cela, mais en un sens, c'est le genre de réponse qu'on nous demande de fournir.

M. Psutka: Je pense que la population ne sait pas trop où elle va et qu'elle est extrêmement mal informée sur l'importance et l'intérêt d'une intervention; les gens croient que tout ce qu'ils lisent va vraiment se produire et ils veulent qu'on leur donne tous les traitements possibles. Mais soyons honnêtes. S'il y avait dans cette pièce quelqu'un qui ait besoin d'une transplantation du foie, au coût de 300,000\$, nous y procéderions sans hésitation. Ce que je veux dire, je

[Texte]

accountability back other than saying, okay, one of you needs it but one of you will have to pay for it. Wow! Wait a minute. Let us talk about this liver transplant. You see, we have avoided that issue.

The point is, in 1964 when we said it will be universal, comprehensive, portable, accessible and all those good words, we did not have a clue that Willy Keon would be here with his heart unit, that the people in London would be doing heart and liver transplants, that there would be machines that cost \$10 million, that a test could be \$4,000 or \$5,000, just like that.

Mrs. Clancy: That babies could be conceived in a Petri dish.

• 1050

Dr. Psutka: That is right. And by the way, I can tell you that if you go to the literature now you will find there is mounting evidence of what I call no-flat-of-the-curve medicine: 750 gram or less babies in 1985 lived three days; in 1988 they lived 33 days times \$2,000 a day. I can show you graphs from Hamilton.

We are finally, as a university, looking in Hamilton at the burden of illness in Hamilton. Just the other day, using postal codes and the data we have, we made wonderful maps of Hamilton, and one map showed us that right in one area was where all the children had trauma. They were getting hurt badly. The same map was run again against the use of high-risk pregnancy and neo-natal intensive care. Guess where that was, the same place!

Some people might say we should put a hospital down there. I say, aha!—that That is where all the single mothers who are on welfare are, who are getting battered are, whose children are not getting an education, where the highest drug and alcoholism rate is. They are all down there. Do they need a hospital? But the answer is no. I guess basically that is the first time that I was actually able to show it on a screen, and it is frightening.

Mrs. Clancy: I can show you one in Halifax just like it. It is called Mulgrave Park.

Dr. Psutka: Exactly. So where do you put your newest health clinic? That is the answer?

One of the nursing students saw the map and on her own phoned around in that part of Hamilton, saying she was a lady down from Sudbury, was pregnant, was going to deliver in January and could she come in to see somebody about prenatal care. She was unable to obtain prenatal care in that end of town.

Mme Bertrand: Avec beaucoup d'humour, et je vous félicite parce que l'humour est rare sur la Colline, vous avez établi des éléments de solution au programme de financement des programmes de santé.

[Traduction]

suppose, c'est qu'il est difficile de rétablir le principe de la responsabilité sociale autrement qu'en obligeant les gens à payer pour les services dont ils ont besoin. Oh! Un instant! Il faudrait peut-être reparler de cette transplantation du foie. Vous voyez, nous avons évité cette question.

Le fait est que, quand nous avons décidé en 1964 que le régime devrait être universel, complet, transférable, accessible et ainsi de suite, nous ne pouvions absolument pas prévoir que Willy Keon aurait mis sur pied une unité coronarienne, qu'il y aurait des gens à London qui effectueraient des transplantations du cœur et du foie, qu'il y aurait des machines qui coûtent 10 millions de dollars, que certains tests peuvent coûter 4,000\$ ou 5,000\$, sans que cela sorte vraiment de l'ordinaire.

Mme Clancy: Qu'on pourrait concevoir des bébés dans une boîte de Petri.

M. Psutka: Exactement. En passant, si vous lisez un peu, vous constaterez qu'il y a de plus en plus d'indices de ce que j'appelle la progression constante des coûts de la médecine: en 1985, les bébés qui pesaient 750 grammes ou moins vivaient trois jours; en 1988, ils vivent 33 jours, à raison de 2,000\$ par jour. Je peux vous montrer des graphiques de Hamilton.

À Hamilton, nous étudions enfin, à l'université, ce que coûte la maladie dans cette ville. L'autre jour, en nous servant des codes postaux et des autres données dont nous disposons, nous avons tracé de magnifiques plans de Hamilton; l'un de ces plans nous a montré que tous les enfants qui souffraient de traumatismes venaient du même secteur. Tous ceux qui étaient blessés gravement venaient de là. Nous avons ensuite utilisé ce même plan pour savoir où se trouvaient les femmes qui avaient des grossesses à risque et qui avaient besoin de soins néonataux intensifs. Comme on pouvait s'y attendre, c'était dans le même secteur!

Il y a des gens qui pourraient nous dire de construire un hôpital là-bas. Pour ma part, je réponds plutôt que c'est dans ce secteur que se trouvent toutes les mères célibataires qui vivent du bien-être social et qui se font battre, que les enfants ne vont pas à l'école, et que le taux de toxicomanie et d'alcoolisme y est le plus élevé. On retrouve tous ces problèmes là-bas. Est-ce qu'il faut un hôpital? Je ne pense pas. C'est probablement la première fois que j'ai réussi à montrer cela sur un écran, et c'est inquiétant.

Mme Clancy: Je pourrais vous montrer un secteur de Halifax qui ressemble exactement à cela: c'est Mulgrave Park.

M. Psutka: Exactement. Donc, où faut-il construire la prochaine clinique de soins de santé? Est-ce là la réponse?

Une de nos étudiantes en soins infirmiers a vu ce plan et a fait d'elle-même des coups de téléphone dans ce secteur de Hamilton; elle s'est fait passer pour une femme qui arrivait de Sudbury, qui était enceinte et qui devait donner naissance à son enfant en janvier. Elle demandait si elle pouvait consulter quelqu'un pour avoir des soins prénataux. Or, elle n'a tout simplement pas pu obtenir de soins de ce genre dans cette partie de la ville.

Mrs. Bertrand: You have shown us very humorously—and I congratulate you because humor is not so frequent on the Hill—some ways to solve the problems of the established financing programs.

[Text]

Il y a différentes juridictions, fédérale et provinciales. Au niveau fédéral, nous avons la Loi nationale sur la santé. En vertu de cette loi, nous payons une partie de la note, mais ce sont les provinces qui ont juridiction en matière décisionnelle.

Ces lignes directrices que vous nous suggérez, par qui devraient-elles être mises en place? Par l'Association médicale canadienne, ou encore par les différents niveaux de gouvernement? Qui a la responsabilité de faire cela? Vous savez que si le gouvernement fédéral dit aux provinces de faire ceci et cela, elles vont lui dire de se mêler de ses affaires parce que c'est de leur juridiction.

Deuxièmement, vous utilisez l'expression anglaise *a smart card*. Est-ce une expression que vous avez vous-même inventée? Y a-t-il une description plus technique de cette carte qui existe dans le cadre du projet pilote? Je sais qu'au Québec, on pense sérieusement à l'utiliser.

Troisièmement, avez-vous fait une étude sur ce qui se passe dans les autres pays par rapport à ces solutions? Vous avez beaucoup parlé des États-Unis, et vous avez parlé de cette carte qui existe en Grande-Bretagne. Est-ce que d'autres pays pourraient servir de modèles au Canada?

Dr. Psutka: There are two questions. The first is about the guidelines. Basically you are right about the funding. You do have the Canada Health Act, and I guess it was in the early 1980s there was a change in the methodology of funding for established program funding. The provincial governments like to go around with slides saying that you have reneged from your duty as federal people, that the funding is now down to probably 36% or 37%, when it used to be 50:50. I did not bring those slides. I used to use them at other things.

• 1055

The point I made when I was in Winnipeg a few months ago. ... There was a meeting of all provincial governments to look at exactly what I have been talking about. They would like to get on with it, however. There is no denying—just as Mr. Dye found in his latest report—that governmental ministries do not get along very well and in fact compete with one another. The provincial governments also compete. There is turf, and within those governments there is turf. This is very frightening to a lot of people.

I suggested—and like most of my ideas this suggestion is probably still lying on the Winnipeg convention floor—that if the federal government wanted to make this happen and do something to maintain this system into the next decade, they might want to add just one point in funding to make sure a national data set happens. In other words, show them the worth of what you want to do, then give them the money and they will do it. This enables you to act as the standardizer of the data systems. The data systems are there but they are not being funded appropriately.

[Translation]

There are different jurisdictions, the federal and the provincial ones. At the federal level, we have the Canada Health Act, under which we are paying part of the bill, but it is the provinces who takes decisions.

I would like to know who should enforce those guidelines you are suggesting us. Should it be the Canadian Medical Association, or the different levels of government? Who should be responsible for that? You have said that, if the federal government orders the provinces to do this or that, they will tell him to mind his own business because it is under their jurisdiction.

Secondly, you are using the English term "smart card". Did you coin that phrase yourself? Do you have a more technical description of that card which already exists in the pilot project? I know that, in Quebec, they are studying that possibility very seriously.

Third, have you studied what is going on in other countries in that area? You have talked a lot about the United States and you have also mentioned that card, in Great Britain. Are there any other countries that could be an example for Canada?

M. Psutka: Vous avez en fait posé deux questions. La première porte sur les lignes directrices. Vous avez raison au sujet du financement. Il faut effectivement tenir compte de la Loi nationale sur la santé; c'est au début des années 80, si je me souviens bien, qu'on a modifié les méthodes de financement des programmes établis. Les gouvernements provinciaux aiment bien présenter des diapositives pour prouver que vous avez éludé vos responsabilités, au gouvernement fédéral, et que le financement se situe maintenant autour de 36 p. 100 ou 37 p. 100, alors qu'il était auparavant de 50 p. 100. Je n'ai pas apporté de diapositives de ce genre. Je m'en suis servi pour autre chose.

Ce que j'ai dit à Winnipeg, il y a quelques mois. ... Il y a eu là-bas une rencontre de représentants de tous les gouvernements provinciaux, pour étudier exactement ce dont je vous ai parlé. Ils aimeraient bien que cela se fasse. Personne ne nie que les ministères ne s'entendent pas très bien, et qu'ils se font même concurrence, comme l'a constaté M. Dye dans son dernier rapport. Les gouvernements provinciaux se font eux aussi concurrence. Il y a des rivalités, même au sein des gouvernements. Et cela est très inquiétant pour beaucoup de gens.

J'ai suggéré—mais, comme la plupart de mes idées, cette suggestion n'aura probablement aucune suite—que le gouvernement fédéral ajoute simplement un point de financement pour s'assurer de la création d'une base de données nationale, s'il veut vraiment que cela se produise et s'il veut faire quelque chose pour que le régime survive au cours des dix prochaines années. Autrement dit, montrez leur l'importance de ce que vous voulez faire, puis donnez leur l'argent nécessaire, et ils vont le faire. Cela vous permet de voir à l'uniformisation des systèmes de données. Ces systèmes existent déjà, mais ils ne disposent pas de fonds suffisants.

[Texte]

I will give you a very small example. In my hospital we had a meeting of clinical program managers the other day. I am supposed to be managing my department, but we do not have good data. Every month I get a piece of paper telling me whether I am over or under my budget. It does not tell me how or why, so I am having trouble managing it.

I was also told that the hospital pharmacy department was \$500,000 over budget and I was asked how I could help them out. I used to be the assistant deputy minister in charge of the provincial drug program so I asked them some very pointed questions. Do you have computers? Do you have the software? When granny comes in with 20 pills can you run inter-reaction programs to see whether there is an adverse drug reaction?

They said they could not because they did not have any money. I told them that was ridiculous, that if they put the stuff in they would save enough money in the first three months to pay for it and turn a profit. They do not have the money to spend on that kind of program. They would not know which one to get anyway. You will end up with 35 different programs and they will invent their own.

Somebody has to crack the whip. If you go below the border or to Europe, there are programs that work. It is a matter of picking the ones that work and then bringing them back to our Canadian system. Our system will benefit from it.

Mrs. Bertrand: Can the guidelines be the same from one province to another?

Dr. Psutka: They could for certain things. I do not believe that a well health exam is any different in Newfoundland than it is in BC. Every academic and every administrator will tell you that it would be great to have national guidelines. For example, we need to have a national debate on high tech, but instead each province does its own high tech. There are not enough smart people in most of our provinces to do that kind of analysis. So whether they admit to it or not, they basically steal from other provinces anyway.

With respect to your second question about the smart card, I did not make up the word. A smart card is a piece of plastic with your health care records embedded in it. They could be embedded in your bracelet or stuck under your skin. In fact, my veterinarian can put a smart card in my dog's ear. My dog can have better health care records than I do.

The card carries a little chip which is part of the computer. When you stick it into the slot, the chip becomes part of the computer. It is being used in the United Kingdom, France and all around the world. It is just now starting to come online. Next summer there will be a convention in Barcelona that will look at applications for smart cards. There will be presentations from all around the world. So this is just coming on stream.

[Traduction]

Je vais vous donner un exemple très concret. Nous avons eu l'autre jour à l'hôpital une rencontre des gestionnaires du programme clinique. Je suis censé gérer mon service, mais je n'ai pas assez d'informations. Je reçois chaque mois un bout de papier sur lequel on me dit si j'ai dépassé mon budget ou non. On ne me dit pas comment ni pourquoi, et j'ai donc du mal à gérer mes affaires.

On m'a dit également que le service de pharmacie de l'hôpital avait excédé son budget de 500,000\$; j'ai demandé ce que je pouvais faire pour l'aider. J'ai déjà été sous-ministre adjoint chargé du programme provincial des médicaments; j'ai donc posé des questions très précises. Avez-vous des ordinateurs? Avez-vous du logiciel? Quand grand-maman arrive avec ses 20 pilules, pouvez-vous appliquer des programmes pour savoir s'il peut y avoir des réactions entre ces diverses sortes de médicament?

On m'a dit que c'était impossible parce que le service n'avait pas d'argent. J'ai répondu que c'était ridicule et que si le service adoptait un programme de ce genre, il économiserait assez d'argent au cours des trois premiers mois pour faire ses frais et même réaliser des profits. Mais il n'y a pas d'argent pour ce genre de programme. De toute façon, personne ne sait lequel est le meilleur. On finira donc par se retrouver avec 35 programmes différents, et chacun inventera le sien.

Il y a quelqu'un qui doit superviser l'affaire. Si vous allez aux États-Unis ou en Europe, vous verrez qu'il y a là-bas des programmes qui fonctionnent. Il s'agit de choisir ceux qui fonctionnent bien et de les adapter. Le régime ne pourra qu'en profiter.

Mme Bertrand: Les lignes directrices peuvent-elles être les mêmes d'une province à l'autre?

M. Psutka: Ce serait possible pour certaines choses. Je ne vois pas en quoi un examen de routine à Terre-Neuve serait différent d'un examen du même genre en Colombie-Britannique. Tous les universitaires et tous les administrateurs vous diront que ce serait merveilleux d'avoir des lignes directrices nationales. Par exemple, il faut tenir un débat national sur les techniques de pointe, mais chaque province fait sa petite affaire dans ce domaine. Il n'y a pas assez de gens intelligents dans la plupart de nos provinces pour effectuer ce genre d'analyse. Donc, qu'elles l'admettent ou non, elles se volent les unes les autres de toute façon.

Pour ce qui est de votre deuxième question sur la «carte intelligente», ce n'est pas moi qui ai inventé cette expression. Une carte intelligente, c'est un morceau de plastique sur lequel est inscrit votre dossier médical. Ces données peuvent être gravées sur un bracelet ou implantées sous la peau. En fait, mon vétérinaire peut placer une carte intelligente dans l'oreille de mon chien. Mon chien peut avoir un dossier médical plus précis que le mien.

Cette carte comporte une puce qui fait partie d'un ordinateur. Quand on l'insère dans la fente prévue à cette fin, la puce devient partie intégrante de l'ordinateur. On utilise déjà des cartes de ce genre au Royaume-Uni, en France et dans divers autres pays. Mais c'est tout nouveau. Il y aura l'été prochain un congrès à Barcelone, où l'on étudiera les diverses applications des cartes intelligentes. Il y aura des exposés de gens de tous les pays. C'est donc une technique tout à fait nouvelle.

[Text]

[Translation]

• 1100

By the way, there is great interest in Canada. The banks are very interested. When I said in my speech that we already have the network, that we already have the ability to do this, the banking system can do it for you and the government would not have to spend the up-front money that we are already spending. In other words, this card that my government has put in is a shadow Visa card. I hate to say it, but, on the whole smoke about confidentiality, a smart card is so confidential that no one can break into a smart card. I can break into your Visa card in five minutes. It is not that confidential.

Mrs. Clancy: You would not want to on mine.

Dr. Psutka: Well, you can have mine.

Ms Greene: I was wondering whether the doctor would come to our subcommittee on child poverty, and then we could ask him lots of questions. His comments would be really quite relevant to some of the issues we are discussing there.

Dr. Psutka: Sure.

The Chairman: Doctor, on behalf of the committee I extend to you our sincere thanks for appearing today and for the material you provided.

This meeting stands adjourned.

Mais elle suscite beaucoup d'intérêt au Canada. Les banques sont très intéressées. Quand j'ai dit dans mon exposé que nous possédons déjà le réseau nécessaire et les capacités qu'il faut pour le faire, je voulais dire que le réseau bancaire pourrait le faire pour vous et que le gouvernement n'aurait pas à dépenser l'argent qu'il dépense déjà pour le financement initial. Autrement dit, la carte que mon gouvernement a émise est en fait une copie d'une carte Visa. Je suis désolé d'avoir à le dire, mais on a beaucoup parlé du caractère confidentiel de ces cartes; les cartes intelligentes sont tellement confidentielles que personne ne peut y avoir accès, alors que je peux facilement avoir accès à votre carte Visa, en cinq minutes. Cela n'est pas vraiment confidentiel.

Mme Clancy: Vous ne voudriez pas de la mienne de toute façon.

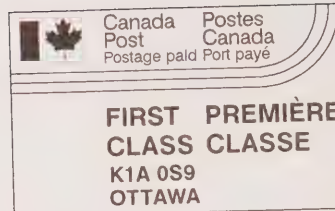
M. Psutka: Eh bien, vous pouvez avoir la mienne.

Mme Greene: Je me demandais si le docteur Psutka pourrait venir témoigner devant notre sous-comité qui étudie la pauvreté chez les enfants. Nous pourrions lui poser toutes sortes de questions. Ses observations seraient tout à fait pertinentes à certaines des questions dont nous discutons dans ce comité.

M. Psutka: Bien sûr.

Le président: Docteur, je tiens à vous remercier sincèrement au nom du Comité pour votre témoignage d'aujourd'hui et pour les documents que vous nous avez fournis.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS

Dr. Dennis Psutka, Associate Professor, Department of Family
Medicine, McMaster University.

TÉMOIN

Dennis Psutka, professeur adjoint, Département de médecine
préventive, Université McMaster.

OCT 7 1992

